



**Realiseer**

For a coherent policy with regard  
to welfare, housing and health

# Reader

## **Nederlands-Duitse Werkconferentie Ouderenbeleid**

## **Deutsch-Niederländische Arbeitskonferenz über Seniorenpolitik**

Nederlands Instituut  
voor Gerontologie  
Informatie- & documentatiecentrum  
Kaap Hoordreef 72  
3563 AW Utrecht

B 15553

*Maastricht 21-22 oktober 1997*



## Inhoudsopgave Reader

### Artikelen over Nederlands-Duitse thema's van de werkconferentie

#### *Algemeen / Allgemein*

1. Die Altenpolitik in den Niederlanden, Altenhilfe in Europa, Ländenberichte Band 132.2, Bundesministerium FSFJ, Verlag Kohlhammer 1997 Seite -1-
2. Basisinformationen Altenhilfe und Altenpolitik, Rund uns Alter, Alle Wissenwerde von A bis Z, KDA, Verlag L.H. Beck, München 1996 Seite -7-

#### *Onderzoek / Forschung*

3. Research on ageing in the Netherlands, Marc M. van Santvoort, Aspects of Gerontology in The Netherlands 1995, Practic and Research, Netherlands Institute of Gerontology, Utrecht 1995 Seite -11-
4. Gerontologie, Rund uns Alter, KDA, Keulen, Verlag L.H. Beck, München 1996 Seite -17-

#### *Wonen / Wohnen*

5. Slotconclusies congres 'Wonen zonder barrières' / Schlußfolgerungen Seminar 'Wohnen ohne Barrieren', KDA/SEV, Maastricht 19-20 juni 1997 Seite -19-

#### *Oudere migranten / Ältere Ausländer*

6. Alte Migranten in Großbritannien und den Niederlanden, Pro ALTER 2/97 Seite -23-
7. Endstation Deutschland - Altern fern der Heimat, Pro ALTER 1/97 Seite -28-

#### *Intra- en extramurale zorg / Ambulante und stationäre Betreuung*

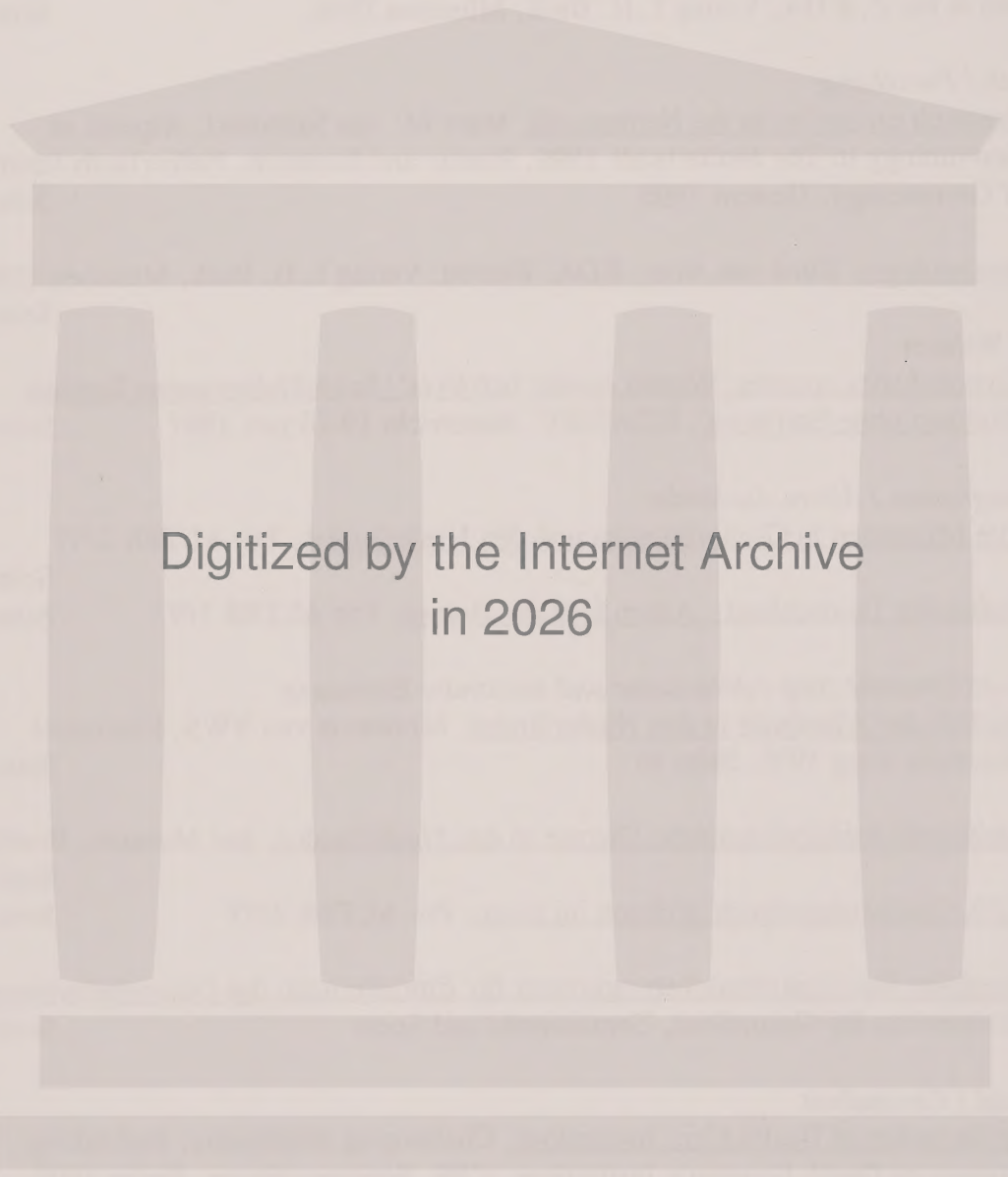
8. Qualität der Altenhilfe in den Niederlanden, Ministerie van VWS, Financieel Overzicht Zorg 1995, Seite 85 Seite -35-
9. Ambulante sozialpflegerische Dienste in den Niederlanden, Bas Maassen, Hoofddorp Seite -40-
10. KDA-Qualitätshandbuch Wohnen im Heim, Pro ALTER 2/97 Seite -45-
11. Factsheet Das Qualitätssicherungsgesetz für Einrichtungen des Gesundheitswesens, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport Seite -46-

#### *Gezondheid / Gesundheit*

12. Performance of Health Care Institutions, Challenging neighbours, Rethinking German an Dutch Economic Institutions, CPB, Springer Verlag, Berlin 1997 Seite -52-
13. A healthy lifestyle in old age, BAGSO Seniorenreport 1/96 Seite -57-
14. Health and health care in The Netherlands, De Tijdstroom, Utrecht 1997 Seite -65-

#### *Maatschappelijke Participatie / Politische Teilhabe und gesellschaftliches Engagement*

15. Politische Teilhabe und gesellschaftliches Engagement, Rund uns Alter, KDA Köln, Verlag Beck, München 1997 Seite -75-



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

<https://archive.org/details/nederlandsduitse0000vari>

Altenhilfe in Europa  
Länderberichte Band 132.2  
Bundesmin. FSFJ  
Verlag Kohlhammer  
1997

## 2 Die Altenpolitik in den Niederlanden

### 2.1 Einleitung

Pläne auf dem Gebiet der Alterssorge werden sowohl vom Staat (Regierung und Parlament), als auch von Ländern und Kommunen und gesellschaftlichen Organisationen entwickelt. Viele dieser Pläne haben keine oder nur begrenzte juristische Bedeutung. Sie enthalten hauptsächlich Informationen über die Vorhaben der Akteure auf dem Gebiet der Altenhilfe. Der Staat gibt mit seinen Plänen in Grundzügen an, welche Ziele seiner Meinung nach angestrebt, und welche Mittel bezüglich der Alterssorge eingesetzt werden müssen. Dabei erwähnt er nicht nur, welche Mittel er selber anwenden will, sondern auch, welche Rolle andere Akteure bei der Ausführung der Staatspolitik erfüllen sollten. Wenn der Staat sicher sein will, daß andere Akteure auch tatsächlich an der Ausführung seiner Politik mitarbeiten, kann er ihnen über Regelungen formell eine Aufgabe geben<sup>27</sup>. Bei der Entstehung der nationalen Altenpolitik sind unterschiedliche Ministerien beteiligt. Vor allem das Ministerium van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS; bis Mitte 1994: Welzijn, Volksgezondheid en Sport [WVS]) hat eine entscheidende Rolle auf dem Gebiet der Altenpolitik (siehe Paragraph 4.1.1).

<sup>27</sup> Siehe Artikel 3 Absatz 2 sub d des Besluit erkenningsnormen kruisorganisaties (Stcrt. 1981, Nr. 107) und die Artikel 1 Absatz 2 und 3 des besonderen Teils der Beilage drei bei dem Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van Regionale instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Stcrt. 1984, Nr. 137). In Paragraph 3.4.1. werden diese hilfeleistenden Einrichtungen besprochen.

<sup>28</sup> In späteren Kapiteln wird deutlich werden, daß der Staat auf dem Gebiet der Altenpolitik viele Befugnisse und Verantwortungen in Richtung der Kommunen dezentralisiert hat. In 4.1.2 werden diverse Regelungen, die für die Altenpolitik an die Kommunen 'übertragen' wurden, besprochen.

Dieses Kapitel beschränkt sich auf die Feststellung des Inhalts der nationalen Altenpolitik. Nach einem kurzen Abriss der Entwicklung der landesweiten Altenpolitik in der Periode ab 1955 bis 1990 (Paragraph 2.2), widmet sich Paragraph 2.3 der Zielsetzung und den Mitteln des Staates in der Periode 1990 bis heute. Die konkreten Maßnahmen, die inzwischen vom Staat ergriffen wurden, werden ebenfalls angegeben<sup>29</sup>.

### 2.2 Entwicklung der nationalen Altenpolitik

Die Altenpolitik wurde ab 1955 mit der Vorbereitung des Wet op de Bejaardenorden entwickelt. Bis ans Ende der sechziger Jahre war die Altenpolitik hauptsächlich eine Einkommens- und Altenheimpolitik. Es kann auf das Zustandekommen des AOW 1957 gewiesen werden, das Senioren ein bestimmtes Einkommensniveau garantierte. Das Interesse für die Altenwohnheime ergab sich aus den anhaltenden Beschwerden bezüglich der Qualität der Hilfe in diesen Heimen. Die Signale waren Anlaß zu Fragen in der Zweiten Kammer, worauf die Regierung die Initiative für einen Gesetzentwurf auf diesem Gebiet ergriff. 1963 entstand das Wet op de Bejaardenorden (WBO), das eine nationale Regelung für die Qualitätsüberwachung der Heime vorsah. Ab 1970 wurde die Altenpolitik umfassender. Es erschienen diverse Berichte zur Altenpolitik, die sich auf eine breite Skala politischer Gebiete bezog. Die Politik richtete sich in dieser Periode auf das Zustandekommen eines umfassenden Systems von Leistungen auf dem Gebiet der Betreuung und Krankenpflege für hilfsbedürftige alte Menschen. Ab 1982 richtete sich die Altenpolitik vor allem auf das Instandhalten der bestehenden Hilfeleistungen für Alte und auf die Kostenbeherrschung dieser Leistungen<sup>30</sup>.

### 2.3 Die Altenpolitik in der Periode 1990-1994

#### 2.3.1 Ausgangspunkte

In dem Bericht 'Ouderen in tel' aus dem Jahre 1990 wird der Schwerpunkt innerhalb der Altenpolitik von einer Politik, die auf die Versorgung und Pflege hilfsbedürftiger alter Menschen gerichtet war, auf eine Politik der Emanzipation und Teilnahme einer großen Gruppe mündiger Senioren gerichtet. Die

<sup>29</sup> Bei der Inventarisierung der Staatspolitik wurde von uem 1990 erschienenen Bericht 'Ouderen in Tel' und des 1993 herausgegebenen Fortgangberichts 'Ouderen in Tel' Gebrauch gemacht. Diese zwei Berichte des Regierung-Lubbers III (1989-1994) wurden in der Zweiten Kammer behandelt und akzeptiert. Zusammen geben sie des Inhalt der nationalen Altenpolitik für die Periode 1990-1994 wieder.

<sup>30</sup> J.C. Gerritsen - Onafhankelijkheid van ouderen, Seite 121.

Ausgangspunkte der nationalen Altenpolitik können folgendermaßen wiedergegeben werden:

- a) Altenpolitik ist mehr als Sorgepolitik;
- b) Altenpolitik ist ergänzende Politik. Bei der Entwicklung und Ausführung der allgemeinen Politik werden die Folgen für die alten Menschen immer beachtet. Erst wenn diese Politik nicht ausreicht, Problemen vorzubeugen, müssen spezielle Maßnahmen getroffen werden, um alten Menschen doch Möglichkeiten zur vollwertigen Teilnahme zu bieten;
- c) Altenpolitik ist in hohem Maße Zielgruppenpolitik. In erster Linie richtet sich die Politik auf die Senioren als solche (alle Menschen ab 55 Jahren). Außerdem schenkt die Politik jenen Gruppen Senioren, die aus dem Gesichtspunkt der Teilnahme am verwundbarsten sind, wie 75+, behinderten Senioren und alleinstehenden alten Frauen, besondere Aufmerksamkeit.

Das zentrale Ziel der nationalen Altenpolitik in den neunziger Jahren ist die Integration der alten Menschen in die Gesellschaft. In 'Ouderen in Tel' wird Integration umschrieben als das gleichwertig-Teilnehmen-können an der Gesellschaft. Die Regierung und das Parlament finden es wichtig, daß auch Senioren die Möglichkeit haben, auf eine gleichwertige Art und Weise an der niederländischen Gesellschaft teilzunehmen. Die Regierung stellt fest, daß noch zu wenig von der Erfahrung, der Weisheit und den Kapazitäten der Alten und ihrer Bereitschaft, sich für viele gesellschaftliche Aktivitäten einzusetzen, profitiert wird. Erst wenn ausreichend Möglichkeiten für eine gleichwertige Teilnahme der Senioren an der Gesellschaft anwesend sind, kann von diesen Kapazitäten Gebrauch gemacht werden. Die soziale und wirtschaftliche Integration muß die Senioren außerdem stimulieren. Verantwortung für die eigene Situation und für die gesellschaftliche Entwicklung zu nehmen. Dies beinhaltet eine Weiterentwicklung der Seniorenemanzipation.

Eine gleichwertige Teilnahme von Senioren an der Gesellschaft erfordert der Regierung zufolge:

- a) Selbständigkeit: Alte Menschen müssen im Stande sein, ihrem eigenen Leben die Form zu geben, die ihren Vorzug hat. Ein ausreichendes Einkommen, geeigneter Wohnraum und eine gute Gesundheit sind Faktoren, die einen Beitrag zu dieser Selbständigkeit liefern können;
- b) Teilnahmemöglichkeiten: Die Integration alter Menschen kann mit Hilfe der Förderung der Arbeitsteilnahme, der sozialen Teilnahme und der erzieherischen Teilnahme der Senioren angestrebt werden.

Die bei a und b genannten Faktoren und Formen der Teilnahme bilden die Zwischenziele der nationalen Altenpolitik. Diese Ziele können der Regierung zufolge nur durch den Einsatz einer großen Anzahl von Mitteln erreicht werden. In den Berichten versucht die Regierung, die unterschiedlichen, für

Senioren relevanten politischen Gebiete im Zusammenhang anzugehen; selbst nennt sie es integrierte Altenpolitik.

Die Ausführung der integrierten Politik ist nicht ausschließlich eine Sache des Staates. In vielen Fällen ist die Rolle des Staates beschränkt auf das Schaffen von Rahmenbedingungen, bei denen direkt Verantwortliche, wie die sozialen Partner, Länder und Kommunen privat- und öffentlich-rechtliche Krankenkostenversicherer, private Leistungserbringer und Senioren selbst, soviel wie möglich selbst die Ziele verwirklichen müssen (siehe auch Paragraph 4.1.2). In dem Bericht wird besonders die Kommune als das Niveau angewiesen, auf dem der integrierten Altenpolitik Form gegeben werden muß. Die Motivation hierfür ist die, daß die Ausführung der Politik auf lokalem Niveau am besten auf die von den lokalen Umständen bestimmten Wünsche und Bedürfnisse zugeschnitten ist und die ebenfalls von lokalen Umständen bestimmten Möglichkeiten diese zu befriedigen. Per Saldo kann von einer dezentralen (lokalen und regionalen) Ausführung der Politik gesprochen werden.

## 2.3.2 Ziele und Mittel

### 2.3.2.1 Einkommen

In dem Bericht 'Ouderen in Tel' sieht die Regierung keinen Anlaß für eine spezielle Einkommenspolitik für Senioren, weil durch die Koppelung des AOW über den Minimumlohn an die durchschnittliche Tariflohnsteigerung (die durchschnittliche, in tariflichen Arbeitsverträgen vereinbarten Lohnsteigerungen) in die Minimum-Existenzkosten vorgesehen wird. Erhalt eines wertbeständigen AOW durch bleibende Koppelung an den Minimumlohn hält die Regierung in den meisten Fällen für ausreichend für ein hinreichendes Einkommen. Verwundbare Gruppen alter Menschen, die durch individuell bestimmte Umstände höhere notwendige Existenzkosten als normal haben, können über die bijzondere bijstandverlening (ABW) ihre selbständige Existenz versorgen. Die Regierung will Maßnahmen im Rentenbereich ergreifen, um den Rentenrückstand älterer Frauen aufzuheben.

Als Folge der Verschlechterung des Verhältnisses zwischen der Anzahl Nicht-Aktiver und Aktiver und der daraus hervorgegangenen Politik, die auf das Wachstum der Arbeitsplätze und der gemäßigten Lohnentwicklung gerichtet war, war in der Periode 1990-1994, wie auch in den vorangegangenen Jahren, keine Rede von einer vollständigen Koppelung zwischen den Löhnen im Marktsektor und den AOW-Leistungen. Obwohl kompensierende Maßnahmen im finanziellen Bereich in der Periode 1990-1994 dafür sorgten, daß

die Kaufkraft der 65+ mit einem Minimum-Einkommen nicht sank, hat die Kaufkraft der Menschen mit ausschließlich einer AOW-Leistung in den letzten zehn Jahren insgesamt mit zwölf Prozent abgenommen.

Um die vierte EG-Richtlinie auszuführen, reichte die Regierung bereits 1988 den Gesetzentwurf gleiche Behandlung von Männern und Frauen auf dem Gebiet der übergeseztlichen sozialen Sicherheit bei der Zweiten Kammer ein (Kamerstukken II, Nr. 20 890). Der Gesetzentwurf sah in einem Verbot der Diskriminierung von Frauen in Rentenregelungen vor. Die Behandlung des Gesetzentwurfs wurde wegen der Undeutlichkeit über die Folgen des Barber-Urteils des Europäischen Gerichtshofs (Urteil vom 17. Mai 1990, Sache C-262/88) länger aufgeschoben. Inzwischen hat die Regierung einen neuen Gesetzentwurf bei der Zweiten Kammer eingereicht (Kamerstukken II, Nr. 22 695).

Am 28. Juni 1994 hat die Erste Kammer den von der Regierung 1993 eingebrachten Gesetzentwurf 23 123 angenommen. Der Gesetzentwurf regelt eine Änderung des PSW und einiger anderer Gesetze auf dem Gebiet der Rentenleistungen bei zahlreichen Themen. Die bedeutendste Änderung betrifft die Aufnahme der Vorschrift der gleichen Behandlung von Teilzeitkräften (vor allem Frauen) und Vollzeitkräften in Rentenregelungen.<sup>31</sup>

### 2.3.2.2 Wohnen

Ausgangspunkt für die Politik im Bereich des Wohnungswesens in den Niederlanden ist Artikel 22 Absatz 2 des Grundgesetzes, der Förderung ausreichender Wohnmöglichkeiten zum Gegenstand staatlicher Sorge macht. Die Haushalte alter Menschen bilden eine der besonderen Gruppen, die in der nationalen Wohnpolitik Beachtung finden, weil diese Haushalte oftmals eine geringe Finanzkraft haben, wodurch alte Menschen oft nur einen begrenzten Zugang zum Wohnungsmarkt haben. Die Regierung stellt fest, daß die nationale Politik darauf gerichtet ist, daß alte Menschen so lange wie möglich selbständig wohnen bleiben können und daß die meisten Befugnisse auf dem Gebiet des Wohnungswesens bei der Kommune liegen. Ihr Ziel ist es, Behinderungen für eine wirksame kommunale Politik des Wohnungswesens zu beseitigen, und eine effektive Nutzung der auf lokalem Niveau bestehenden Möglichkeiten, eine wirksame Wohnpolitik zu führen, zu stimulieren.

Zur Verwirklichung des ersten Zieles hat die Regierung unter anderem Vorschläge gemacht, um zu einer besseren Abstimmung der Gesetz- und Regelunggebung auf dem Gebiet des Wohnens des ministerie van Volkshuisve-

sting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) und der Haus- und Krankenpflege des ministerie van VWS (siehe Paragraph 3.2.6) zu kommen. Sie hat auch Gelder für eine bessere Abstimmung von Angebot und Nachfrage der für Senioren geeigneten Wohnungen zur Verfügung gestellt. Um zu verhindern, daß die Wohnlasten älterer Mieter unannehmbar hoch werden, hat die Regierung für das Jahr 1994 gut 100 Millionen Gulden für den teilweisen Ausgleich der Mieterhöhung, für diejenigen, die auf Basis der IHS, individuellen Mietzuschuß erhalten, reserviert. Im Rahmen der zweiten Zielsetzung hat die Regierung Gelder zur Durchführung einer Untersuchung, zur Aufklärung und der Förderung von Experimenten auf dem Gebiet des Seniorenwohnens zur Verfügung gestellt.

### 2.3.2.3 Gesundheit

In Artikel 22 Absatz 1 des Grundgesetzes wird das Ergreifen von Maßnahmen zur Förderung der Volksgesundheit zu den Aufgaben des Staates gerechnet. Die nationale Gesundheitspolitik unterscheidet sich in Prävention und Hilfe.

#### ■ Präventivmaßnahmen

Die Regierung hat sich auf diesem Gebiet die folgenden Ziele gesetzt:

- Das Vergrößern der Kenntnisse bei der Bevölkerung über gesundes Alter und über Erkrankungen, die mit dem Alter verbunden sind;
- das Stimulieren wissenschaftlicher Untersuchungen;
- Verstärkung und Sammlung der geriatrischen Sachkundigkeit.

Die Regierung hat unter anderem Gelder zur Verfügung gestellt für Patientenorganisationen, die viel tun auf dem Gebiet der Gesundheitsaufklärung für alte Menschen. Untersuchungen nach der Sicherheit in der Wohnsituation alter Menschen und den Determinanten des gesunden Älter-werdens, der Ausbreitung der Anzahl akademischer Lehrstühle Geriatrie und der Realisierung geriatrischer Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern.

#### ■ Maßnahmen für die Hilfeleistung

Die Zielsetzung der Regierung auf diesem Gebiet ist die Gestaltung eines adäquaten Versorgungssystems für Senioren, das sowohl aus allgemeinen als auch aus speziell auf Alte gerichtete Hilfeleistungen besteht. Für ein adäquates Versorgungssystem müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt werden:

- 1) Eine effektive Struktur und Finanzierung des Versorgungssektors;
- 2) ausreichend Hilfeleistende;
- 3) eine hinreichende Kapazität;

<sup>31</sup> Die Änderung ist am 8. Juli 1994 in Kraft getreten. Periodiek voor sociale verzekering, sociale voorzieningen en arbeidsrecht (Nr. 18), 10. August 1994, Seite 1485-1486.

- 4) Flexibilität: Hilfe nach Maß;
- 5) Qualität der Hilfe.

Die Regierung hat diverse Versuche unternommen, ein adäquates Versorgungssystem zu realisieren. Im Folgenden wird eine Anzahl der Maßnahmen besprochen, die die Regierung getroffen hat, um die oben genannten Voraussetzungen zu erfüllen.

1) Die Regierung versucht schon seit Jahren diverse Engpässe im niederländischen Krankenversicherungssystem zu beseitigen. Aufgrund der 1987 von der Kommissionen Structuur en Financiering Gezondheidszorg gemachten Empfehlungen, nahm die Regierung sich vor, ein neues System der Krankenversicherung einzurichten. In dem neuen System sollte eine Pflichtbasisversicherung für alle Einwohner geschaffen werden, die alle essentiellen Formen der Hilfe enthalten sollte. Ein großer Teil der Leistungen im Gesundheitswesen und der Haus- und Krankenpflege mußte dazu auf das AWBZ übertragen werden, das weitgehend modernisiert werden sollte. Ferner sollten mehr Marktelemente in das System eingebracht werden, um die Kosten des Gesundheitswesens beherrschbar zu halten. Um die Flexibilität der Hilfeleistung zu vergrößern, sollten nicht mehr die Einrichtungen, sondern die unterschiedlichen Funktionen finanziert werden.

Obwohl die Regierung eine Anzahl der Leistungen vom ZFW auf das AWBZ übertragen hat und einige Elemente der Marktwirkung einbrachte, sind viele Versuche der Regierung, das neue System zu realisieren, fehlgeschlagen, auch als Folge des großen Widerstands, der bei den unterschiedlichen Parteien (darunter Versorgungseinrichtungen, Seniorenorganisationen und Hilfeleistungsversicherer) gegen die vorgeschlagenen Maßnahmen bestand.

Da in der politischen Diskussion große Meinungsverschiedenheiten bestanden bezüglich des gesamten Umfangs und Inhalts des zukünftigen Angebots von Hilfeleistungen, die Einführung eines eigenen Risikos und außerdem lange nicht alle Parteien das AWBZ als Grundstein für eine neue Hilfeleistungsversicherung akzeptieren, hat die 1994 angetretene Regierung-Kok die Idee einer Pflicht-Basisversicherung wieder fahrgelassen. Das ZFW und das AWBZ bleiben weiterhin bestehen.

2) Die Regierung hat Gelder zur Verfügung gestellt, um den Arbeitsdruck bei den professionellen Hilfeleistenden zu erleichtern (vor allem in Alten- und Pflegeheimen) und sie hat mit Arbeitnehmern und Arbeitgebern in dem Sektorsvereinbarungen bezüglich der Verbesserung der Arbeitsumstände, des Berufsbildes und der Besoldungsverhältnisse getroffen, um wachsendem Personalmangel in diesem Sektor entgegenzutreten.

3) Die Kapazität der Pflegeheime wurde für die Hilfeleistung an psychogeriatrischen Patienten verstärkt und es wurden Mittel zur Verfügung gestellt für den Ausbau der Hilfeleistung von den Altenheimen aus für selbständig

wohnende Senioren, die zur Aufnahme in ein Altenheim indiziert worden sind.

4) Die Regierung gibt den Einrichtungen durch Gesetz- und Regelgebung die Möglichkeit, finanzielle Mittel für diverse Formen der Hilfeleistung anzuwenden. Die Einrichtungen sind nicht mehr strikt auf die üblichen Formen der Sorgeleistung beschränkt.

5) Um die Qualität der Sorge zu verbessern, stimuliert und subventioniert der Staat Projekte, die von Trägern selbst entwickelt wurden. Außerdem hat die Regierung der Zweiten Kammer den Gesetzentwurf Qualitätswert Zorginstellingen vorgelegt, der unter anderem vorsieht, daß die Sogeeinrichtungen verpflichtet sind, die Qualität der Sorge systematisch zu überwachen (siehe weiter Paragraph 3.10).

## 2.3.2.4 Teilnahme

### ■ Allgemein

In dem Bericht gibt die Regierung an, daß der Staat auf diesem Gebiet mittels Regelgebung, Untersuchung, Beratschlagung und Aufklärung vor allem eine Voraussetzung schaffende und stimulierende Rolle erfüllt. Die Ausführung der Politik liegt zum größten Teil in den Händen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern (Arbeitsteilnahme), wie auch der Kommunen und der vom Staat finanzierten Einrichtungen.

### Wertschätzung des Alters

Ein positives Bild von Senioren ist nach Meinung der Regierung eine wichtige Voraussetzung für die gleichwertige Teilnahme von alten Menschen an der niederländischen Gemeinschaft. Die Regierung hat den Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid (siehe Paragraph 6.4.2) um ein Gutachten gebeten über die Wertschätzung des Alters und sie hat für die Periode 1992-1994 Geld zur Verfügung gestellt zur Finanzierung von verwirklichten Projekten gesellschaftlicher Organisationen im Rahmen des Europäischen Seniorenjahres 1993.

### Altersgrenzen

Die Teilnahme alter Menschen kann auch durch das Aufwerfen von Altersgrenzen erschwert werden. Die Regierung geht davon aus, daß das Machen eines Altersunterschieds in Gesetz- und Regelgebung nur erlaubt ist, solange der Unterschied einen objektiven und sachlichen Grund hat (keine Diskriminierung im Sinne des Artikel 1 des Grundgesetzes).

Aufgrund der Resultate einer externen Untersuchung aus dem Jahre 1991 nach Alterskriterien im Arbeitssystem hat der Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) ab dem 1. Januar 1994 die Richtlinie bezüglich des

Entlassungsrechts für ältere Arbeitnehmer eingezogen. Die Richtlinie bot unter einer Anzahl von Voraussetzungen die Möglichkeit, bei kollektiven Entlassungen aufgrund betriebswirtschaftlicher Gründe ältere Arbeitnehmer ab 55 Jahren vor anderen Arbeitnehmern zu entlassen.

#### Mobilität alter Menschen

Die Teilnahme alter Menschen wird zum großen Teil vom Maße der Mobilität bestimmt. Die Mobilität alter Menschen hat eine physische Komponente (das Laufen-Können, Fahrradfahren, oder das Gebrauch-Machen-Können von öffentlichen Verkehrsmitteln) und eine psychische Komponente (den Mut haben, die Sicherheit/Geschlossenheit der Wohnung zu verlassen).

Um die physische Mobilität alter Menschen zu fördern, hat die Regierung unter anderem Subventionen an Kommunen für den Erwerb von Bussen mit niedrigem Einstieg gewährt. Sie hat die Kommunen auch befähigt, unter Anwendung von Staatsgeldern eine lokale Politik zu entwickeln, die sich auf die soziale Sicherheit in der Wohnumgebung alter Menschen richtet, und sie hat Gelder für die Förderung der Sicherheit im öffentlichen Verkehr bereitgestellt.

#### Technologische Entwicklungen

Auch technologische Erneuerungen können die Teilnahmemöglichkeiten alter Menschen fördern. Die Regierung hat unter anderem Projekten, die den Gebrauch von Technologie in der medizinischen Sorge und in der Pflege und Versorgung älterer Patienten, die zu Hause wohnen, stimulieren, finanzielle Unterstützung geboten.

#### ■ Arbeitsteilnahme

In 'Ouderen in Tel' setzt der Staat sich zum Ziel, die Arbeitsteilnahme alter Menschen von 55-65 Jahre zu fördern. Obwohl die Regierung einsieht, daß die meisten Älteren nichts gegen einen Austritt aus dem Arbeitsprozeß vor dem gewöhnlichen rentenberechtigten Alter haben, ist sie der Meinung, daß der Vorruhestand aus sozialem Blickwinkel eine Anzahl von Schattenseiten hat: Kontakte mit Kollegen fallen weg, Einkommensrückgang und manchmal Konfrontation mit einem verringerten Rentenaufbau für den alten Menschen. Die Förderung der Arbeitsteilnahme verhindert, daß alte Menschen bereits in einem frühen Stadium mit diesen, für die Integration des Alten ungünstigen Effekten konfrontiert werden. Außerdem ist die Regierung der Meinung, daß Stimulierung der Arbeitsteilnahme einen günstigen Einfluß auf die Finanzierung des Systems der sozialen Sicherheit hat.

Der Staat will die Arbeitsteilnahme alter Menschen dadurch fördern, daß:

- Er dem vermeidbaren/nicht freiwilligen Austritt aus dem Arbeitsmarkt entgegentritt;
- er präventive Personalpolitik bei Arbeitgebern mittels Information und Untersuchung und Intensivierung der eigenen präventiven Personalpolitik stimuliert.

Inzwischen hat der Staat unter anderem die folgenden Maßnahmen getroffen:

- 1) Am 1. August 1993 trat das Wet terugdringing beroep op de arbeidsomstandigheden (Stb. 1993, Nr. 412; Wet TBA) in Kraft. Dieses Gesetz enthält unter anderem eine zeitlich begrenzte Maßnahme, die das Ziel hat, ältere Erwerbsunfähige zu stimulieren, weiter nach Arbeit zu suchen; sie bekommen drei Jahre lang eine Stimulierungsleistung, wenn sie wieder anfangen zu arbeiten;
- 2) als Folge einer Änderung des Arbeitsomstandighedenwet (Stb. 1980, Nr. 664; Arbowet) müssen Arbeitgeber ihre Politik noch ausdrücklicher auf das Entgegenreten vermeidbaren Ausfalls älterer Arbeitnehmer richten;
- 3) es wurde eine Untersuchung angestellt nach dem Maße, in welchem Arbeitgeber in ihren Arbeitsumständen und Arbeitsvoraussetzungen mit ihren älteren Arbeitnehmern Rechnung tragen. Die Resultate haben beim Staat zu neuen, in kleinem Maßstab errichteten Initiativen für eine besser auf Ältere abgestimmte Personalpolitik geführt.

#### ■ Soziale Teilnahme

Mit dem Begriff soziale Teilnahme meint die Regierung eine Vielzahl von Teilnahmeformen von politischer Teilnahme, Teilnahme in nicht-politischen Organisationen, konsumtive Teilnahme bis hin zur Teilnahme in informellen - und Familienbeziehungen. Zur Förderung der sozialen Teilnahme alter Menschen stellt sich die Regierung unter anderem die folgenden Aufgaben:

- Das Vergrößern des Vertrauens der Senioren in die allgemeine Politik;
- das Stimulieren der lokalen Interessenvertretung der Senioren über Seniorenräte und Organisationen für Senioren und das Vergrößern des Einflusses dieser Organisationen auf lokalem Niveau;
- das Erweitern des Aktivitätsangebots für Senioren auf sportlichem Gebiet und das Zugänglich-Machen bestehender Sportorganisationen für Senioren;
- das Stimulieren von Projekten sozialer Netzwerke für ältere Frauen.

Die Regierung hat gesellschaftlichen Organisationen für die Ausführung der hier oben genannten Aufgaben finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Au-

ßerdem hat die Regierung während der Wahlen den Senioren extra Beachtung geschenkt.

#### ■ Ausbildungsteilnahme

Die Regierung stellt fest, daß es ausreichend Schulungsmöglichkeiten für Erwachsene gibt, an denen alte Menschen teilnehmen können. Um den Gebrauch der bestehenden Ausbildungseinrichtungen zu stimulieren, müssen die Kommunen das Angebot der Seniorenausbildung einsichtiger, reizvoller und zugänglicher machen. Die Rolle des Staates beschränkt sich hauptsächlich auf das Anstellen von Untersuchungen auf dem Gebiet der Seniorenausbildung. Außerdem hat die Regierung Vereinbarungen mit Arbeitgebern und Arbeitnehmern zur Förderung der Teilnahme von Senioren an berufspraktischer Schulung getroffen. Aufgrund des sogenannten Rauwenhoffs-Konvenants streben beide Parteien zum Beispiel danach, alten Menschen, die nicht über eine minimale Startqualifizierung verfügen, die Möglichkeit zu bieten, diese nachträglich zu erzielen.

Rund ums Alter  
Alle Wissenwerte von A bis Z  
Kursivium Deutsche Altershilfe  
Verlag C H Beck  
München 1996

## II. Basisinformationen

### Altenhilfe und Altenpolitik

#### Altenpolitik

Traditionell waren es die Kirchen, die sich – finanziell unterstützt von den Wohlhabenden – um alte Menschen kümmerten. Das erste *Hospiz* wurde 1280 in Lübeck eröffnet.

Im Vergleich dazu ist die Geschichte der staatlichen sozialen Leistungen für alte Menschen kurz. Erst nach der Revolution von 1918/19 übernahm in der Weimarer Republik der Staat mehr Verantwortung für das soziale Wohlergehen auch seiner älteren BürgerInnen und kümmerte sich zum Beispiel auf der Basis der «Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht» um verarmte Kleinrentner. Im 3. Reich wurde dann argumentiert: «Der alte und kranke Volksgenosse (...) wird aber zurückstehen müssen gegenüber jenen anderen, die erbbiologisch wichtiger und daher für die Zukunft des Volkes wertvoller sind.» Mit dieser Staatsideologie, die ältere Menschen als weniger «wertvoll» diskriminierte, war nach dem Ende des 2. Weltkriegs Schluß. Dafür sorgten die Verfassungen, die Wohlfahrtsverbände und die Interessenvereinigungen der Kriegsgespieler und ihrer Angehörigen.

Doch die *Altenpolitik* hat heute immer noch einen vergleichsweise geringen Stellenwert. Die quantitative Zunahme älterer Menschen ist jedenfalls nicht einhergegangen mit einer entsprechend stärkeren Gewichtung der Altenpolitik (→ *Politische Teilhabe und gesellschaftliches Engagement*).

Im Zentrum der Politik für Ältere steht neben der Renten- und Sozialpolitik vor allem die *Altenhilfe*-Politik. Für deren Planung und Realisierung sind die Bundesländer zuständig.

#### Altenhilfe

Unter diesem Begriff lassen sich Angebote und Tätigkeiten zusammenfassen, die zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen beitragen sollen.

*Altenhilfe* kann professionell, ehrenamtlich oder auch von *Selbsthilfegruppen* angeboten und geleistet werden. Als *altenpolitisches* Ziel gilt, daß ältere Menschen über ihren Bedarf an Hilfe selbst bestimmen.

Die Forderungen nach «mehr Markt» im sozialen Bereich hat seit Einführung der (→) *Pflegeversicherung* dazu geführt, daß sich die AnbieterInnen spezieller Leistungen für SeniorInnen mehr und mehr als Dienstleister und die NutzerInnen mehr und mehr als KundInnen verstehen. In diesem Zusammenhang wirkt der Begriff *Altenhilfe*, der den der *Altersfürsorge* abgelöst hat, antiquiert. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird er deshalb zunehmend durch den Begriff *Altenarbeit* ersetzt. Das ergibt Sinn, steigert aber die Begriffsverwirrung. Im «*Bundesaltenplan*» von 1992 und im «*Ersten Altenbericht*» (→ *Politische Teilhabe und gesellschaftliches Engagement*) von 1993, die beide vom damaligen Bundesministerium für Familie und Senioren herausgegeben wurden, werden *Altenhilfe* und *Altenarbeit* meist gekoppelt verwendet. Eine Definition wird allerdings vermieden.

In den Veröffentlichungen des für SeniorInnen zuständigen Ministeriums ist von *Altenhilfe* meist dann die Rede, wenn altersbedingte Veränderungen durch unterstützende Tätigkeiten kompensiert werden sollen. Geht es dagegen um die Integration älterer Menschen oder um ihre gesellschaftliche Teilhabe, findet eher der Begriff *Altenarbeit* Verwendung. So sollen z. B. die Leistungen im hauswirtschaftlichen Bereich zu einem Grundpfeiler der *Altenhilfe* ausgebaut werden, während die Förderung des Dialogs zwischen Alt und Jung als Ziel einer die Generationen verbindenden *Altenarbeit* genannt wird.

Weder die Planungs- und Steuerungskompetenz noch die Ressourcen- und Budgetverantwortung der *Altenhilfe* liegen in einer Hand. Als Folge gibt es bislang nur in Ausnahmefällen eine überschaubar gegliederte, bürgernahe *Altenhilfe*-Verwaltung.

Planung und Kontrolle werden zusätzlich dadurch erschwert, daß bisher für fast alle Angebote der *Altenhilfe* eindeutige Maßstäbe zur Qualitätsbeurteilung und -sicherung fehlen. Das Kuratorium Deutsche *Altenhilfe* setzt sich daher besonders für die Entwicklung von Qualitätskriterien und *Qualitätssicherung* ein. So entwickelten beispielsweise 1994 auf der KDA-Tagung «Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in der *Altenhilfe*» mehr als 300 Experten wichtige Schritte für die Qualitätsbeurteilung. In einem Buch (Forum 25) hat das KDA die über 30 Vorträge und Referate sowie 19 Workshops der Tagung ausführlich dokumentiert.

Die Bereiche der *Altenhilfe/Altenarbeit* werden wie folgt unterschieden:

#### Offene *Altenhilfe*

Gemeinsam ist den Angeboten der (→) *Offenen *Altenhilfe**, daß SeniorInnen ihre Wohnungen verlassen, um sich allein oder mit Unterstützung zum Ort des jeweiligen Geschehens zu begeben (Begegnungs-

stätten, *Altenclubs*, spezielle Veranstaltungen für SeniorInnen, Beratungsangebote).

#### Ambulante *Altenhilfe*

Diesen Angeboten ist gemeinsam, daß SeniorInnen in ihren Wohnungen von einer Person besucht werden, die sie entweder berät, ihnen im Haushalt und/oder bei der *Körperpflege* helfend zur Hand geht, die sie bei akuten oder chronischen Erkrankungen pflegt. Dazu gehören (→) *ambulante Hilfen und Dienste* wie: *Essen auf Rädern*, *Fahrdienste*, *Wohnberatung*, *Besuchsdienste*, *Hilfen im Haushalt*, *Pflegedienste*.

#### Teilstationäre *Altenhilfe*

Die Gemeinsamkeit dieser teilstationären Angebote besteht darin, daß SeniorInnen wieder in ihre eigenen Wohnungen zurückkehren, nachdem sie für einige Wochen, Tage oder Stunden außer Haus versorgt und betreut worden sind und/oder an rehabilitierenden oder fördernden Maßnahmen teilgenommen haben. Dazu gehören die Angebote der *Tages- und Nachtpflege*, oder der *Kurzzeitpflege*.

#### Stationäre *Altenhilfe*

Diesen Angeboten ist gemeinsam, daß SeniorInnen ihren Wohnsitz in eine spezielle Einrichtung für alte Menschen verlegen. Sie werden dort versorgt und betreut, und haben die Möglichkeit, an fördernden und/oder rehabilitierenden Maßnahmen teilzunehmen. Verwirrte SeniorInnen werden oft geronto-psychiatrisch (→ *Gerontopsychiatrie*) betreut. *Altenheime*, *Altenpflegeheime*, *Altenwohnheime* oder *Altenwohnungen* gehören zu den stationären Einrichtungen.

#### *Altenhilfe* nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

Pläne für ein eigenes «*Altenhilfegesetz*», beziehungsweise ein «*Seniorenförderungsgesetz*», sind erst im frühesten Stadium der Vorbereitung. Deshalb bleibt das *Bundessozialhilfegesetz* (BSHG)-nach wie vor das wichtigste Gesetz, das die Ansprüche auf *Altenhilfe*-Leistungen regelt. Weil das BSHG (Geld)-Leistungen aber nur dann begründen kann, wenn die Betroffenen als finanziell bedürftig eingestuft werden, spricht es ausschließlich von *Altenhilfe*.

Als Grundlage für Leistungen des BSHG gelten alle Vorschriften dieses Gesetzes, die für Ältere von Bedeutung sein können. Dazu gehört insbesondere der Mehrbedarfszuschlag von 20 Prozent auf die monatlich gezahlte *Sozialhilfe* zum *Lebensunterhalt*, den Menschen mit niedri-

*Teilhabe und gesellschaftliches Engagement*). Weil für die Bundesregierung «Selbsthilfe und Selbstorganisation Vorrang vor Fremdversorgung» hat, förderte das Bundesinnenministerium in den letzten Jahren verstärkt *Beratungsstellen (Seniorenbüros)* für die Alterselbsthilfe.

### Altenhilfeplanung

Die Zuständigkeiten für *Altenpolitik* und *Altenhilfe* sind zersplittert. So ist etwa auf Bundesebene das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung für die *Renten- und Pflegeversicherung* verantwortlich. Die *Sozialhilfe* fällt in den Kompetenzbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Und für die (→) *Heime* und die allgemeine *Altenpolitik* ist das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zuständig.

Wohl als Folge dieser verteilten Verantwortlichkeiten gibt es, anders als im Kinder- und Jugendbereich, bis heute keine verbindliche Sozialplanung für Ältere und keine kontinuierliche Sozialberichterstattung, die Auskunft über ihre Lebens- und Versorgungssituation gibt.

Erstmals seit Bestehen der Bundesrepublik hat die Bundesregierung 1993 einen umfangreichen *Altenbericht* herausgegeben, der über die Lage älterer Menschen informiert. Der nächste *Altenbericht* soll im Jahr 2000 vorgelegt werden. Zwischendurch soll noch ein Bericht zu dem Schwerpunktthema «Wohnen im Alter» erscheinen.

1992 wurde vom Deutschen Bundestag die *Enquete-Kommission «Demographischer Wandel»* eingesetzt. Ihre Aufgabe war die umfassende Behandlung der Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Familien-, Gesundheits-, Wohn- oder Einkommenssituation der Bevölkerung. Im Juni 1994 hat die Kommission einen Zwischenbericht vorgelegt (Bundestagsdrucksache 12/7876 vom 14. 06. 1994), in dem umfangreiches Datenmaterial erarbeitet, zusammengefaßt und ausgewertet wurde. Damit ist zumindest in einigen Bereichen eine bessere Grundlage für die *Altenhilfeplanung* geschaffen worden.

Das zentrale altpolitische Förderinstrument auf Bundesebene ist der *Bundesaltenplan* (→ *Politische Teilhabe und gesellschaftliches Engagement*), dessen Titel seit 1992 in jedem Bundeshaushalt enthalten ist (Etat 1995; 14 Millionen Mark). Der Bundesaltenplan nennt die Zielsetzungen und die Fördermodalitäten des Bundes. Für die Realisierung der *Altenpolitik* sind aber die Länder zuständig. Weil eine gesetzliche Grundlage fehlt, können diese im Rahmen ihres autonomen Verwaltungshandelns einen *Altenhilfeplan* (Altenplan) als Richtschnur für ihre Altpolitik erstellen, sie müssen es aber nicht.

Ähnliches gilt für die Kreise und Kommunen, denen von den Ländern die Realisation der Altpolitik übertragen worden ist. Sie können *Altenhilfepläne* – auch *Alten- oder Seniorenpläne* genannt – erstellen,

gem Einkommen beantragen können, die das 60. Lebensjahr vollendet haben (→ *Einkommen*). Diesen Zuschlag will die Regierungskoalition allerdings im Rahmen der geplanten «Gesetzesnovelle» zum Sozialhilferecht streichen.

BSHG-Paragrafen, die sich überwiegend auf Leistungen der *Altenhilfe* beziehen, sind:

- Paragraph 68 und 69 – Hilfe bei häuslicher Pflege und Hilfe im Heim;
- Paragraph 70 – Hilfe zum Weiterführen des eigenen Haushalts.

Von Bedeutung sind diese Paragrafen immer dann, wenn die finanziellen Leistungen der (→) *Pflegeversicherung* nicht ausreichen und die notwendige ambulante oder stationäre Versorgung von den Hilfebedürftigen nicht aus der eigenen Tasche gezahlt werden kann.

Paragraph 75 des BSHG nennt unter der Überschrift «*Altenhilfe*» Soll-Leistungen, die ausdrücklich für ältere Menschen gelten. Danach soll «*Altenhilfe* dazu beitragen, durch das Alter entstehende Schwierigkeiten zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern, und alten Menschen die Möglichkeit zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu erhalten.»

Beispielhaft werden folgende persönlichen Hilfen aufgelistet:

- Hilfe bei der Beschaffung und der Erhaltung einer den Bedürfnissen des alten Menschen entsprechenden Wohnung;
- Hilfe in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes;
- Hilfe in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste;
- Hilfe zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der (→) *Bildung* oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen;
- Hilfe, die alten Menschen die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglicht.

Der Begriff «Alter» ist im BSHG nicht erläutert. Es wird lediglich von «alten Menschen» gesprochen, und Hilfe zur Vorbereitung auf das Alter soll Personen gewährt werden, bei denen das Alter «nahe ist». Für finanzielle Leistungen, die sich aus dem BSHG ergeben, sind stets die örtlichen Sozialämter zuständig.

Bei knapper werdenden öffentlichen Mitteln und Haushalts-Sparmaßnahmen setzt die Bundesregierung verstärkt auf die Förderung von *ehrenamtlicher und Selbsthilfe* im Rahmen der *Altenhilfe*. In einer Stellungnahme der Bundesregierung zum «*Altenbericht*» wird dazu ausgeführt: «In unserer Gesellschaft besteht ein hoher und in Zukunft steigender Bedarf an sozialen Dienstleistungen, die sich zunehmend mehr auf »Versorgung im engeren Sinn« beschränken. Dabei können Lücken im Bereich der mitmenschlichen Zuwendung entstehen, die durch ergänzende ehrenamtliche Hilfe geschlossen werden müssen» (→ *Politische*

sie brauchen es aber nicht. Die abschabaren Folgen der demographischen Entwicklung veranlaßten einige wenige Kommunen Anfang der 70er Jahre, erste Altenhilfpläne zu erarbeiten. Auf der Grundlage von Bestandsaufnahme und Analyse der vorhandenen Angebote wurden Schwachstellen ausgemacht, und es wurde versucht, zukünftige Erfordernisse zu ermitteln.

Im Gegensatz zum *Bundesaltenplan*, der ja ein Finanzplan ist, sind die kommunalen Altenhilfpläne keine Haushaltsregelwerke mit einzelnen Etatposten. Sie geben lediglich einen Überblick über das vorhandene Angebot der kommunalen Altenhilfe-Leistungen und den (geschätzten) Bedarf. Die Altenhilfpläne sind nicht an inhaltliche Vorgaben gebunden und haben zudem keinerlei Verbindlichkeit: Konkrete Maßnahmen der Altenpolitik, die unter dem Namen »Altenhilfe« zusammengefaßt werden, und durch den Paragraph 75 im BSHG finanziert werden, sind freiwillige Leistungen, zu denen keine Kommune verpflichtet werden kann.

Erschwerend für einen Neuanfang kommunaler Altenpolitik, der um eine planvolle Steuerung bemüht ist, kommt außerdem noch hinzu, daß viele Aufgabenbereiche der Altenhilfe an viele unterschiedliche Träger delegiert worden sind. Diese bieten – meist in je-der Kommune andere – Leistungen an, die von unterschiedlichster Rechtsnatur sind. Die Besitzstandswahrungsstrategien vieler traditioneller Anbieter und die »corporate identities« einiger Anbieter und Kostenträger komplizieren eine klar konturierte Altenhilfplanung zusätzlich. Ziel einer sinnvollen *Altenhilfplanung* sollte es sein, das Angebot auf die Nachfrage abzustimmen und so zu koordinieren, daß weder Versorgungsdefizite (zuwenig Heim- oder Tagespflegeplätze) noch Überkapazitäten (leerstehende Heimtrakte, kaum genutzte Tagesstätten) entstehen.

Altenhilfplanung ist Gesellschaftsplanung. Damit ältere Menschen auch bei Krankheit und/oder Behinderung ein selbstbestimmtes Leben führen können, müssen ihre Belange in der Städte-, Verkehrs- und Bildungsplanung ebenso berücksichtigt werden wie im Gesundheitssektor. In neueren Planforschreibungen ist deshalb immer mehr von einer integrierenden oder auch ganzheitlich arbeitenden Altenhilfe die Rede. Als Ziel gilt, ein nutzerfreundliches Netzwerk oder Verbundsystem zu schaffen, das alle Angebote unabhängig von den finanziellen und administrativen Zuständigkeiten koordiniert. So hat zum Beispiel das Land Baden-Württemberg ein Geriatriekonzept (= Altenhilfplan) entwickelt, das seit 1989 als verbindliche Grundlage für die Behandlung und Betreuung alter und kranker Menschen landesweit eingeführt wurde. Dabei wurden der Sozialbereich (BSHG) und der Gesundheitsbereich (selbstverwaltete Krankenkassen) trotz unterschiedlicher Strukturen miteinander verzahnt.

Baden-Württemberg ist nur die Ausnahme von der Regel. Im altenpolitischen Musterland setzten 1991 bereits 97 Prozent aller Städte, Gemeinden und Landkreise Altenpolitik mit Alten(hilfe)plänen um, aber in 90 Prozent aller bundesdeutschen Kommunen und Kreise wurde Altenpolitik noch immer ohne Planung realisiert, wie Peter Gitschmann, der Leiter der Altenhilfe-Abteilung beim Hamburger Landessozialamt ermittelte. So verfügten in Schleswig-Holstein nur 0,5 Prozent der Gemeinden über einen Altenplan. In den bayerischen Landkreisen waren es gerade 24 Prozent, und in NRW, wo selbst die Landeshauptstadt Düsseldorf bislang keinen Altenhilfplan erstellt hat, waren es 25,5 Prozent.

Hanne Schweitzer

Aspects of Gerontology in The Netherlands 1995  
Practice and Research  
Netherlands Institute of Gerontology  
Utrecht  
1995

# Research on ageing in the Netherlands

Marc M. van Santvoort  
Netherlands Institute of Gerontology

## 1. Introduction

This chapter deals with research on ageing in the Netherlands. Its goal is to give an impression of nowadays gerontological research.

First a short general overview is given of total research effort, funding sources, main research topics, and professorial chairs. The third paragraph is devoted to the Netherlands Programme for Research on Ageing. In paragraphs 4 and 5 descriptions are given of the major research institutes in respectively the biological and medical field and in the social and behavioural field. These descriptions are meant as an impression. By no means the list should be taken as a complete inventory.

## 2. An overview

Unfortunately recent quantitative data about gerontological research are lacking. The last date from 1990; so exact figures of the situation of more recent years (1993-1994) cannot be given. With additional information from other sources however a more or less general picture can be presented.

### 2.1. Research capacity

It is estimated that in 1993/1994 the total research capacity was about 400 full-time-equivalents (FTE). That means that in on average about 400 researchers have been working full-time on gerontological projects. Not all researchers in the investigations call themselves gerontologists. Nevertheless they claim their projects to be gerontological in nature. In medical and biological research approximately 175 FTE's were invested, in social and behavioural 225 FTE's.

### 2.2. Institutes

Most of the research projects are done at university departments: 70%. Split up over the two compound disciplines in gerontology we see that about 80% of the biological and medical research is being done in universities versus 60% of the social and behavioural research. A total of 15% of the research is being done in extra-university research institutes.

### 2.3. Funding

Of the medical biological research 38% is funded by the government through university funds. A further 7% is receiving a contribution from the Netherlands Organization for Scientific Research (NWO). This is a funding organization that calls for research proposals and that finances good-quality, usually fundamental scientific research. It bears some similarities to the various Research Councils in other countries. The remaining 55% of the biological and medical research is funded by the so-called third flow of funds: a collection of all sorts of other financial sources (government departments, provincial and local authorities, industrial funds, and foundations).

Of the social and behavioural research approximately 20% is funded through university funds, 5% by NWO and 75% by the third flow.

All in all this is an indication that gerontological research still has not acquired a secure and firm position in the research structure in the Netherlands. Although also as a result of the Netherlands Programme for Research on Ageing at least at some universities recently the situation has improved (see paragraph 3).

### 2.4. Topics

Regarding the topics of research a variety of themes is being investigated. In the biological and medical field most attention is given to the nervous system and especially to dementia, and then successively to the skeleton/muscle system, the immunological system, the cardiovascular system, and dentistry.

In social and behavioural research the main topics are medical and social care provisions, health problems, living conditions and housing, cognition and memory, and social security, income and financial provisions.

### 2.5. Professorial chairs

Professorial chairs may be considered to reflect the structural strength of a discipline, giving impetus to education and research. In recent years the number of professors in gerontology has grown.

For a few years already there is a chair in medical gerontology and geriatrics at Leiden University. Presently there are also chairs in geriatrics at the universities in Groningen, Utrecht, Nijmegen and even two at the Free University Amsterdam. Chairs in psychogeriatrics are established in Amsterdam and Utrecht. In the field of nursing home medicine, very related to geriatrics, there are three chairs: in Leiden and Amsterdam and a vacant one in Nijmegen.

In the field of social and behavioural gerontology are five chairs. One of these was already established in 1975: the chair in psychogerontology at the University of Nijmegen. At the University Limburg there is a full professor of neuropsychology and biological psychology with an emphasis on ageing research. There is a full professor of sociology with an emphasis on sociogerontology at the Free University of Amsterdam. Groningen University has a chair in psychogerontology and Tilburg University a chair in policy on ageing.

Not all of these professors however have a full appointment.

But undeniably the recent growth in the number of appointments is an indication of the growing attention for gerontological research and education in the universities.

## 3. Netherlands Programme for Research on Ageing

Since 1977 three consecutive research stimulation programmes has been implemented in the Netherlands. The third, the Netherlands Programme for Research on Ageing (NESTOR) has been set up at the end of 1988 by the Minister of Welfare, Health and Cultural Affairs (WVC) and the Minister of Education and Science (O&W), with the task of formulating a programme to anchor the study of ageing, and to supervise and correct the implementation of the programme.

### 3.1. Objectives

The objective is to anchor the fundamental strategic research into ageing more firmly into the structure of scientific research in the Netherlands. To achieve this objective, a limited number of nuclei are being strengthened. One nucleus is the concentration of knowledge and research. An important prerequisite for strengthening is that it must be clear that such strengthening will contribute to the formation of further nuclei and to firmer anchoring of the study in the relevant research institute.

The term anchoring can be used if the study is receiving continuous attention, is of good quality, is being allocated money from the first flow of funds (that is to say funds that are allocated directly to the universities) and is attracting finance from the second and third flows of funds (respectively the Netherlands Organization for Scientific Research (NWO), and other government funds and private foundations). The research into ageing should be given a permanent place in the regular programming and financing of scientific research in the Netherlands. Consideration should be given within this anchoring to the strengthening of Dutch gerontology in an international context.

The basic principle of the programme is to support research designed to obtain improved insight into factors which determine how the elderly function. The programme therefore concentrates on supporting research whose objective is the acquisition of more knowledge and insight in order to encourage good, effective and independent functioning by the elderly, to minimize the effects of shortcomings and to improve the quality of life.

### 3.2. Methods and procedures

An active, corrective operational method is used to achieve this objective - a top-down approach. Research into some socially important themes which are poorly anchored in the infrastructure often does not get off the ground without an active, corrective policy. It may be that too little expertise is available, and specific attention must therefore be devoted to this. Another possibility is that the researchers are spread too thinly over the different institutes. In such cases, a bottom-up approach with the initiative coming from the researchers seldom leads to adequate concentration and anchoring of knowledge. Furthermore, gerontology is a multi-disciplinary field of research and studies require contributions from various disciplines. Cooperation is difficult to achieve without specific impulses.

The work of the NESTOR Steering Committee started with the formulation of a Long-term Programme. It was decided, on the basis of the above mentioned principles, the scientific and infrastructural conditions and NESTOR's possibilities, to develop seven sub-programmes.<sup>1</sup>

The formulation of the research questions for three of the seven sub-programmes had already been more or less worked out in the Long-term Programme. Because sufficient expertise and knowledge were available, it was possible to give direct instructions for the development of a proposed programme. The conditions for research into these themes were such that it could be expected that anchoring would be realized in the foreseeable future by means of specific impulses. Where the other themes were concerned, the formulation of the problem was much less specific and developed, although NESTOR's task does justify encouraging research into them. Preparatory work had to be done in order to bring nucleus-formation in these fields closer by, and to create the relevant conditions.

An investigative committee explored these fields further.

A programme committee was set up for each sub-programme after the intended programme leader and executive institute had been selected. This committee consisted of external experts and one or two members of the Steering Committee. The task of the committee is to work together with the intended programme leader to formulate a proposal for a research programme with a corresponding budget. The proposals were subsequently examined not only in terms of scientific criteria but also in terms of utility value, strategic importance and the prospects of anchoring the research. The assessment of scientific quality was carried out by a number of foreign experts. NESTOR and the (board of) director(s) of the executive university institute subsequently negotiated the fulfillment of important conditions, such as the degree of contributory financing from the institute and the measures relating

---

<sup>1</sup> Extensive information about the NESTOR subprogrammes can be found in 'Five Years NESTOR: A progress report on the Netherlands Programme for Research on Ageing'. The report is available from the Netherlands Institute of Gerontology (at the stand during the Congress).

to the anchoring of the study and to progress after the NESTOR support would be terminated. NESTOR made the final decision on the approval of the proposal.

The proposed programmes were then submitted to the Minister of Education and Science (O&W) and the Minister of Welfare, Health and Cultural Affairs (WVC), who examined them in the light of the principles and objectives established in the Long-term Programme.

While the study is being carried out, NESTOR monitors the programmes and assesses them annually for satisfactory progress and on the extent to which anchoring of the study is taking place. NESTOR reserves the right to suspend payment of the costs or even to terminate payment if insufficient progress is being made, or if anchoring is stagnating. A supervisory committee, consisting of external experts and one or two members of the Steering Committee, advises NESTOR on the anchoring process and progress of the research.

All programmes will be evaluated after the termination of the NESTOR financing, and there will also be a final evaluation of the NESTOR programme as a whole.

### **3.3. Some conclusions**

As stated previously, NESTOR's objective is the firmer anchoring of the fundamental and strategic research into ageing into the structure of scientific research. The term anchoring can be used if the study is receiving continuous attention, is of good quality, is being allocated money from the first flow of funds and is attracting money from the second and third flows of funds. The study of ageing should be given a permanent place in the regular programming and financing of scientific research in the Netherlands.

The following interim results can be reported, when the sub-programmes are held against the light of the criteria which must be met if the term anchoring is to be used.

### **3.4. Quality**

The system of programme committees on which external experts served, followed by foreign quality assessment of the proposal, has been an attempt to provide the greatest possible guarantee of the quality of the research proposal. The opinion of the foreign experts was very favourable in general, and where the comments led to amendments to the proposal, these amendments were incorporated before the final decision on the proposal was made.

The structure of investigative committees, programme committees and supervisory committees, plus foreign assessment, functioned satisfactorily. There was great willingness on the part of national and international scientists to collaborate on the preparation of the research, the formulation of proposals and the assessment of quality. A total of 44 Dutch scientists has given their services or is still giving their services to one of the committees. Through their cooperation they are not only putting their expertise at NESTOR's disposal, but also providing the programme with a broad national basis of support.

The quality assessment of the proposals has been done by 39 foreign scientists. In addition to expert judgement of the quality of the proposal, this procedure also encourages the internationalization of Dutch gerontology. Familiarity with the Dutch research and its visibility abroad will increase, and knowledge from other countries will be useful in the further development of Dutch gerontology.

### **3.5. Continuous attention**

With a view to ensuring continuous attention for research into ageing and the allocation of financing from the first-flow of funds, the pledge of support from NESTOR has been made conditional to satisfactory agreements being reached on two subjects. The first is inclusion of the study in regular programming by means of consideration for gerontological research in the plans of the institutions. The second is contributory financing - NESTOR does not only require contributions from regular funds but also contributions from extra funds.

### 3.6. Funding sources

The table shows the sources of finance for the sub-programmes. All institutes are providing a substantial contribution to the research, although some much more than others. In every case, the institute's share consists in part of existing, structural funds which are being channelled into the study of ageing, and in part of new funds which have been released in support of the research. In addition to NESTOR's share and the institute's share in financing, there is another share from other sources. These are the funds already obtained from the second and third flow of funds.

Table 1: Sources of funding of the sub-programmes (amounts in Hfl)

| Contribution<br>NESTOR | Contribution<br>Universities | Contribution<br>other source | Total      |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|------------|
| 11,850,000             | 19,225,000                   | 8,670,000                    | 39,745,000 |
| 30%                    | 48%                          | 22%                          | 100%       |

### 3.7. Regular programming

Where the guarantees of continuous attention for the research and its inclusion in regular programming are concerned, it is important that gerontological research be included in the 'development plans' of all executive institutes. The commitment which University Boards and Faculty Boards have made to research into ageing, and the pledges of contributory financing, have been put down in writing.

### 3.8. Concentration of knowledge and research

It is important to the achievement of continuous attention and of inclusion in regular programming that the concentration of good researchers is sufficiently high. The average deployment of scientific personnel in the sub-programmes is almost 8 persons working full time. A sufficiently high concentration of research and knowledge also has power to attract finance from sources other than the first flow of funds.

### 3.9. Quality of results and databases

An important factor in the achievement of anchoring which has not yet been named is the quality of the results of the research. As the studies are still in progress, however, it is not possible to report results already. Nevertheless, NESTOR has given a lot of consideration to ensuring the development of good quality databases. It has been attempted to make conditions as favourable as possible at the start of the study.

The development of longitudinal databases with good quality data has great power to encourage new research. The databases invite new topics for research and make more fundamental in-depth studies possible, which might have a good chance of attracting finance from the Netherlands Organization of Scientific Research (NWO). In addition, the databases present the possibility of formulating problems with more practical applications, which can be financed from other government funds and private foundations.

### 3.10. Substance of the research

The substance of the studies in all the sub-programmes is connected to the basic principle that the research should be focused on obtaining more knowledge of and insight into factors which determine how the elderly function. Large longitudinal databases tailored to the specific sub-fields are built up in the sub-programmes at various levels, comprising data on how ageing people function

and the factors which affect this. The projects carried out within the continuous longitudinal studies can be more fundamental in nature and can concentrate on specific subjects or sub-groups.

### **3.11. Scheduling**

Work is in progress in all the sub-programmes, but the research in the clinical geriatric subprogramme only started a little over a year ago. The phasing of only two of the sub-programmes corresponds to the phasing formulated in the Long-term Programme. It had already been calculated that the preparation, programming and execution of the research would require more time than the operational period of 5 years. A period of 7 years was planned for the whole programme. Nevertheless the amount of time needed, especially for the phases preceding the actual research, has still been underestimated for a number of sub-programmes. The reasons for this are that sometimes there was too little expertise and no network of researchers, that recommendations from an investigative committee were required first while the subsequent formulation of a good proposal and the creation on a basis of support in the executive institute was a lengthy process, or lastly that the preparation and realization of decisions concerning anchoring and contributory finance took quite a long time.

### **3.12. Results expected**

In the last stage of the working period of the Steering Committee the emphasis of the work has shifted from the preparation, development and starting-up of the studies to managing the programmes, monitoring the achievement of the objective of anchoring, and consolidating the results. The supervisory committees have an important role to play here. In addition, NESTOR will have to address the question of whether constituent parts of certain programmes require amendment. An important issue is how NESTOR will continue in this stage of the programme. After all, the research in all the sub-programmes is in progress, while satisfactory agreements have been reached concerning the anchoring and contributory financing of the research. This means that the moment has come to consider the position and role of NESTOR in the greater whole of the structure of research in the Netherlands.

Together with the two funding ministries and with the Netherlands Organization for Scientific Research (NWO) NESTOR is considering how the programme and its further implementation can be woven into existing structures. The primary objective of this is not to make it possible to bring the programme to a successful conclusion, but above all to guarantee anchoring inside these structures as well as to maintain and reinforce the results achieved.

Rund ums Alter  
KDa, Kernen  
Verlag CH Beck  
München 1996

## Gerontologie

Die Gerontologie ist die Wissenschaft vom Alter und Altern. «Ge» kommt aus dem Griechischen und bedeutet «alt», «geron» der Greis. Die Gerontologie ist eine multi- und interdisziplinäre Wissenschaft, weil Altern und Altern als Prozeß sehr unterschiedlichen Einflüssen ausgesetzt ist und deshalb auch aus dem Blickwinkel unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen betrachtet und analysiert werden muß.

Es ist sinnvoll, individuelles Altern als Prozeß vom Alter als Lebensphase und Kollektiv (die «Alten») zu unterscheiden. Das Altern der Bevölkerungen findet weltweit durch gleichartige Zusammenhänge statt: Die Lebenserwartung nimmt zu und in fortgeschrittenen Gesellschaften verringert sich die Zahl der Jüngeren durch den Rückgang der Geburtenzahlen. Das Altern der Gesellschaft ist auch durch die Tatsache bestimmt, daß die gesellschaftliche Entwicklung durch Altersfragen zunehmend beeinflußt wird (→ *Alternde Gesellschaft und Altersstruktur*). Als Stichworte seien hier nur die Debatten über die Renten oder die Kosten der (→) *Gesundheitsversorgung* genannt.

Nach einem Definitionsvorschlag der Berliner Gerontologen Paul B. und Margret M. Baltes befaßt sich Gerontologie mit der «Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und Alters, einschließlich der Analyse von altersrelevanten und alternskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen.»

Nach verbreitetem Verständnis ist die Gerontologie eine Wissenschaft mit praktischem Anspruch. Es ist somit auch Aufgabe der Gerontologie, die Entwicklungsmöglichkeiten des Alters und Alterns auszuloten und zu fördern.

Hierzu können die unter dem Dach «Gerontologie» zusammengefaßten und zusammenarbeitenden Wissenschaftsdisziplinen in unterschied-

lichem Ausmaß beitragen. Die in der Gerontologie aktivsten Disziplinen sind die *Biologie des Alterns* (häufig auch experimentelle Gerontologie genannt), die (→) *Geriatric* (die «Medizin der alternden Menschen») sowie die Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik und Soziologie. Zunehmend wird auch die *Pflegewissenschaft* als Fachdisziplin der Gerontologie anerkannt. In diesen Fächern haben sich am häufigsten auch Lehrangebote an den Hochschulen herausgebildet. Häufig wird die Spezialisierung auf «Alter» auch mit der Vorsilbe «Geronto» verbunden: *Gerontopsychologie*, (→) *Gerontopsychiatrie*, *Gerontosoziologie* und *Geragogik* (für den pädagogischen Bereich). Eine einheitliche Begriffsbildung gibt es hier noch nicht.

Die *Biologie des Alterns* sucht einerseits danach, ob und wie individuelles Altern einem genetisch bedingten Programm unterliegt, das die Teilungsfähigkeit von Zellen und damit die Lebensdauer des Menschen beschränkt. Schwerpunkt ist hier die Molekularbiologie der Erforschung des Genoms. Ein zweiter Ansatz der Erklärung des Alterns liegt in der durch Schäden in der Zelle eingeschränkten «Reparaturfähigkeit» von Zellen bzw. von kranken Zellen.

Die (→) *Geriatric* oder geriatriche Medizin ist einerseits eine fächerinterne medizinische Spezialisierung, zum anderen ein eigenständiges Fach, das sich durch die Besonderheiten von kranken alten Menschen (etwa *Multimorbidität*) rechtfertigt und die Praxis der medizinisch-therapeutisch-rehabilitativen Versorgung umfaßt (geriatriche Versorgung). Die Spezialisierung der geriatricischen Versorgung hat zwar durch *Geriatric-Pläne* verschiedener Bundesländer im letzten Jahrzehnt Fortschritte erreicht. Nach wie vor gibt es aber nur wenige Lehrstühle für Geriatric an den Universitäten: zum einen, weil der Ausbau der Geriatric in Konkurrenz zu den anderen medizinischen Fachgebieten steht, zum anderen, weil die Eigenständigkeit der Geriatric teilweise immer noch in Frage gestellt wird.

Die *psychologische Altersforschung* hat mit ihren Ergebnissen zur Intelligenzforschung oder Erforschung der «Plastizität» der Entwicklung im Alter zu einer veränderten und eher positiven Alterssicht beigetragen. Dem «Defizit-Modell» (welches Alter einseitig als «Verschlechterung» ansieht) konnte ein «Kompetenz»-Modell zur Seite gestellt werden. Dieses stellt erhaltene und zu erhaltende Fähigkeiten des älteren Menschen ins Zentrum. Klinische Psychologen arbeiten in der therapeutischen Praxis, etwa in Rehabilitationseinrichtungen (→ *Prävention und Rehabilitation*).

Die Institutionalisierung der Gerontologie hat im letzten Jahrzehnt Fortschritte gemacht. An Universitäten wurden *Institute für Gerontologie* (etwa in Dortmund oder Heidelberg) eingerichtet. Ein Deutsches Zentrum für Altersforschung (DZFA) ist seit 1995 in Heidelberg im Aufbau. Lehrveranstaltungen zum Thema Alter werden vielerorts an Universitäten und Fachhochschulen in unterschiedlichen Disziplinen angeboten. Aufbaustudiengänge gibt es jetzt in Kassel, Nürnberg-Erlan-

gen, Heidelberg und Vechta. Das sind zweijährige Studiengänge mit Abschlüssen als Diplom-Gerontologe oder Diplom-Sozialgerontologe. Auch die Forschung im gerontologischen Bereich wurde ausgeweitet, wobei die Grundlagenforschung von der stärker anwendungsbezogenen Forschung für Planungen in der Altenhilfe (wie sie unter anderem auch das KDA betreibt) unterschieden wird. Es gibt mehrere wissenschaftliche *gerontologisch-geriatriische Gesellschaften*, so die (seit 1992 mit der ostdeutschen gerontologischen Gesellschaft vereinigte) Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) mit 1100 Mitgliedern (1996). Sie versteht sich als interdisziplinäre Gesellschaft und hat vier Fachbereiche: «Biologie des Alterns», «Geriatriische Medizin», «Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie» sowie «Soziale Gerontologie und Altenarbeit». Organ der DGGG ist die interdisziplinäre «Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie». Weitere wichtige gerontologische Zeitschriften sind die «Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie» und «Geriatrie-Praxis».

Neben der DGGG gibt es die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG). Sie ist eine medizinische Fachgesellschaft mit 900 Mitgliedern. Weiterhin bestehen die Deutsche Gesellschaft für Altersforschung, die biologische, experimentell gerontologische und medizinische Altersforschung vertritt, und die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie, die sich psychiatrischen Arbeitsschwerpunkten widmet.

Hans Peter Teus

Slotconclusies congres 'Wonen zonder barrières'  
KDA/SEV, Maastricht 19-20 juni 1997

1. De problematiek in beide landen (Duitsland en Nederland) is goed vergelijkbaar, maar de oplossingsstrategieën verschillen als gevolg van de verschillende institutionele structuur en politieke situatie.
2. In Duitsland overheerst de strategie van individuele woningaanpassing, passend bij het overwegend particulier woningbezit en de primair op verzekeringsgelden gebaseerde financiering. Deze aanpak kenmerkt zich door creatieve, simpele ambachtelijke oplossingen, een hoge mate van maatwerk en een accent op advisering en ondersteuning. De 150 adviesbureaus voor woningaanpassingen in Duitsland kunnen een interessant voorbeeld vormen voor de aanpak van het particuliere woningbezit in Nederland.
3. In Nederland overheerst de strategie van collectieve aanpassing van woningcomplexen, passend bij de sterk aanwezige sociale huursector met haar financiële reserves en de filosofie van aanpasbaar en bezoekbaar bouwen. Deze aanpak wordt gekenmerkt door meer 'industriële' technieken met basispakketten voor het 'opplussen' en standaardprogramma's. Daarenboven zijn dan nog (beperkte) individuele woningaanpassingen mogelijk. De grote serie opplus-experimenten in Nederland kan een interessante bijdrage leveren aan het voor ouderen geschikt maken van de industrieel gebouwde flatwijken in de voormalige DDR.
4. Wat de nieuwbouw betreft loopt de aanpak in beide landen minder uiteen. De eisenpakketten van aanpasbaar bouwen respectievelijk barrierefreies Bauen zijn vrijwel identiek. Het verschil zit vooral in de status van de eisen: in Nederland zijn deze deels tot rijksbeleid verheven en worden ze voor het overige sterk door gemeenten gestimuleerd; in Duitsland worden de eisen slechts voor een klein deel van de gesubsidieerde bouw in sommige deelstaten verbindend gesteld en overigens in de sfeer van aanbevelingen gehanteerd. De ervaringen met de wijze waarop marktpartijen in Nederland reageren op de eisen van aanpasbaar bouwen kunnen interessant zijn voor Duitsland.
5. Niet alleen complete strategieën zijn interessant voor uitwisselings- en tweelingprojecten. Het is ook goed denkbaar dat een Nederlandse corporatie samen met een Duitse partner een enkel voorbeeldproject van liftplaatsing realiseert of dat een Duits senioren-adviesbureau een individuele badkamerrenovatie in Nederland zou begeleiden.
6. Tijdens het congres is ook de keerzijde van steeds langer individueel/zelfstandig wonen, namelijk vereenzaming annex gevoelens van onveiligheid, aan de orde geweest. Gepleit is voor uitwisseling van voorbeelden en ervaringen op het gebied van integrale aanpak van wijk en woonomgeving, integrale dienstpakketten ('Zeker thuis') en vormen van groepswonen/woongemeenschappen. Aan Nederlandse kant kwam het gebrek aan vertrouwen in het vangnet van de thuiszorg aan de orde. De ervaringen in Duitsland waar op lokaal niveau meer verschillende thuiszorg-organisaties naast elkaar actief zijn, kunnen voor Nederland mogelijk interessant zijn.
7. Aan Duitse zijde is door het ministerie van FSFJ het programma 'Wohnprojekten der Zukunft' geïntroduceerd, waarvoor 10 voorbeeld-projecten zullen worden



geselecteerd, o.a. op het gebied van woningaanpassing voor ouderen. Er werd door KDA voor gepleit om voor tenminste een van deze projecten een tweelingproject met Nederland te selecteren. Aan Nederlandse zijde zou in het kader van het experimentenprogramma 'Wonen van ouderen en gehandicapten' van de SEV, gesteund door VWS en VROM, steun kunnen worden gegeven aan een tweelingproject.

8. Lokale organisaties die willen samenwerken met een partner uit het andere land kunnen zich melden bij resp. KDA en SEV. Deze kunnen vervolgens de partners op weg helpen, mogelijkheden voor projectsteun (o.a. bij Europese programma's) onderzoeken en zorgdragen voor evaluatie en kennisoverdracht.
9. De KDA heeft het voornemen om in 1998 een conferentie te organiseren over het individuele spoor bij de woningaanpassingen, samen met haar partners uit Groot-Brittannië en Nederland.
10. KDA en SEV zullen in het najaar van 1997 de inleidingen en andere interessante informatie uit het Maastricht-congres samenvatten, aan de deelnemers nazenden en publiceren, zo mogelijk ook in het Engels.

Rotterdam, juni 1997  
J. Singelenberg



Schlußfolgerungen Seminar "Wohnen ohne Barrieren"  
KDA / SEV, Maastricht 19. - 20. Juni 1997

1. Die Problematik in beiden Ländern (Deutschland und den Niederlanden) ist gut vergleichbar, die Lösungsstrategien jedoch unterscheiden sich auf Grund unterschiedlicher institutioneller Struktur und politischer Situation.
2. In Deutschland überwiegt die Strategie der individuellen Wohnungsanpassung, entsprechend dem hauptsächlich selbstgenutzten Wohnungseigentum und der versicherungsbezogenen Finanzierung. Dieser Ansatz zeichnet sich aus durch kreative, einfache, handwerkliche Lösungen, eine hochgradige Maßarbeit und den Akzent auf Beratung und Unterstützung. Die 150 Wohnberatungsstellen für Wohnungsanpassung in Deutschland können der Anpassung des selbstgenutzten Wohnungseigentums in den Niederlanden als interessantes Beispiel dienen.
3. In den Niederlanden überwiegt die Strategie der kollektiven Wohnungsanpassung von Wohnanlagen, entsprechend dem stark vertretenen sozialen Mietsektor mit seinen Finanzreserven und der Leitidee des "anpaßbaren und besuchbaren Bauens".  
Dieser Ansatz zeichnet sich aus durch eher "industrielle" Techniken mit "Aufwertungsbasispaketen" und Standardprogrammen. Darüber hinaus sind (beschränkt) noch zusätzliche individuelle Anpassungen möglich. Die Reihe der Aufwertungsexperimente in den Niederlanden kann einen interessanten Beitrag dazu leisten die industriell angefertigten sog. Plattenbausiedlungen in der ehemaligen DDR an die Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen.
4. Was den Neubausektor anbelangt, so gehen hier die Ansätze in den beiden Ländern weniger auseinander. Die Anforderungskataloge für "Aanpasbaar Bouwen", beziehungsweise "Barrierefreies Bauen" sind nahezu identisch. Der Unterschied ist vor allem im Status der Anforderungen gelegen: in den Niederlanden sind diese zum Teil zur Staatssache erhoben worden und werden ansonsten von den Kommunen kräftig stimuliert; in Deutschland werden die Anforderungen für einen geringen Teil der subventionierten Wohnungsbau in manchen Bundesländern für verbindlich erklärt und im übrigen als Empfehlungen gehandhabt. Die Erfahrungen, wie die beteiligten Branchen in den Niederlanden auf die Anforderungen des "anpaßbaren Bauens" reagieren, können für Deutschland interessant sein.
5. Nicht nur Gesamtstrategien sind für Austausch- und Zwillingsprojekte interessant.  
Es ist auch durchaus vorstellbar, daß eine niederländische Wohnungsbaugenossenschaft zusammen mit einem deutschen Partner einige Pilotprojekte in bezug auf den Einbau von Liften realisieren, oder eine deutsche Beratungsstelle für ältere Menschen eine individuelle Badezimmerrenovierung in den Niederlanden betreuen würde.
6. Während des Seminars kam auch die Kehrseite des sich immer weiter verlängernden individuellen/selbständigen Wohnens, nämlich Vereinsamung und die damit verbundenen Gefühle der Unsicherheit, zur Sprache. Es wurde für einen Austausch von Beispielen und Erfahrungen in bezug auf integrierte Maßnahmen zugunsten von Wohnvierteln und Wohnumfeld, integrierte Dienstleistungsprogramme ("Zeker Thuis" - Sicher Zuhause) und gruppenweises Wohnen/Wohnge-



meinschaften plädiert. Von Seiten der Niederlande wurde das mangelnde Vertrauen in das Schutznetz der Hauspflege zur Sprache gebracht. Die Erfahrungen in Deutschland, wo auf lokaler Ebene mehrere unterschiedliche Organisationen für Hauspflege nebeneinander funktionieren, könnten für die Niederlande möglicherweise interessant sein.

7. Auf deutscher Seite hat das Ministerium für FSFJ das Programm "Wohnprojekten der Zukunft" eingeführt, wofür 10 Pilotprojekte selektiert werden sollen, u.a. im Bereich der Wohnungsanpassung für ältere Menschen. Das KDA hat dafür plädiert für mindestens eines dieser Projekte ein Zwillingprojekt mit den Niederlanden zu selektieren. Von niederländischer Seite könnte im Rahmen des Versuchsprogramms "Wonen van ouderen en gehandicapten" (Wohnen älterer und behinderter Menschen) des SEV, mit Unterstützung von VWS und VROM, ein Zwillingprojekt unterstützt werden.
8. Einrichtungen auf lokaler Ebene die mit einem Partner des jeweils anderen Landes zusammenarbeiten wollen, können sich anmelden beim KDA, bzw. SEV. Diese können anschließend die Partner auf die Sprünge helfen, Möglichkeiten zur Projektfinanzierung (u.a. bei europäischen Programmen) untersuchen und für Evaluierung und Wissensvermittlung Sorge tragen.
9. Das KDA ist vornehmens 1998, zusammen mit den Partnern aus Großbritannien und den Niederlanden, eine Konferenz über den individuellen Weg der Wohnungsanpassung zu organisieren.
10. KDA und SEV werden im Herbst 1997 die Referate und sonstige interessante Informationen aus dem Maastricht-Seminar zusammenfassen, den Teilnehmern zuschicken und veröffentlichen, womöglich auch auf Englisch.

Rotterdam, Juni 1997  
J.Singelenberg

*Kommunales Netzwerk, Weiterbildungsprogramme und neuer Forschungsansatz:*

## Alte Migranten in Großbritannien und den Niederlanden

Rund 2,5 Prozent der europäischen Bevölkerung sind alte Migranten. Vor allem in Großbritannien und den Niederlanden beschäftigt man sich aufgrund der kolonialen Vergangenheit schon länger als in der Bundesrepublik mit Fragen älter werdender Ausländer. Dazu einige Beispiele aus der Arbeit in den beiden Nachbarländern.

### Projekt „Alte Migranten – Älter werden in den Niederlanden“

Spricht man in den Niederlanden von Migranten, so sind hier überwiegend Menschen aus Surinam, der Türkei und Marokko gemeint. Die niederländische Ausländerpolitik der letzten zehn Jahre schenkte den älter werdenden Migranten keine besondere Aufmerksamkeit. Erst seit einigen Jahren gibt es eine offizielle Politik für älter werdende Ausländer.

1992 startete das niederländische Institut für Pflege und Soziales (NIZW) im Auftrag des Sozialministeriums ein sechsjähriges Projekt mit dem Schwerpunkt „alte Migranten“. Dabei sollen vor allem neue Ansätze erarbeitet werden, um gezielter über soziale Angebote und Dienste zu informieren. Auf der anderen Seite sollen aber auch MitarbeiterInnen, die ältere Menschen pflegen und begleiten, durch neue Weiterbildungsangebote über kulturelle Hintergründe – auch bei der Pflege – von älteren Migranten informiert werden. Das Besondere an diesem niederländischen Projekt ist, daß Migranten bei der Planung und Umsetzung miteinbezogen werden. Sie sollen so konkret wie möglich informiert werden. Das geschieht weniger durch schriftliches Informationsmaterial, sondern mehr durch audiovisuelle Medien und Fo-

tos. Denn gerade viele ältere Ausländer können nicht ausreichend lesen: Sie haben sowohl Verständigungsprobleme bei Publikationen in ihrer Muttersprache als auch in Niederländisch. Auch vor Ort werden die älteren Migranten über Angebote der holländischen Altenhilfe informiert: Beispielsweise

nehmen sie an einem Mahlzeiteinsatz teil, bekommen Hausnotrufdienste erläutert oder suchen ein Alten- oder Pflegeheim auf. Im Anschluß daran werden sie befragt, ob sie die sozialen Angebote nutzen würden oder was geändert werden müßte. Diese Methode liefert wichtige Hinweise, damit ambulante und stationäre Dienste mehr von Migranten genutzt werden.

#### Kontaktadresse:

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW),  
Catharijnesingel 47,  
Postbus 19152,

3501 DD Utrecht, Niederlande,  
Telefon + 31 / 30 / 2 30 63 11, Fax + 31 / 30 / 2 31 96 41.

### Neues Chinatown-Projekt in Amsterdam

In Amsterdam gehören über 40 Prozent der Bevölkerung ethnischen Minderheiten an. Es gibt hier aber fast keine Wohnprojekte, die die Wünsche und Bedürfnisse von älteren Migranten berücksichtigen,



*Auch unsere europäischen Nachbarn müssen sich auf eine wachsende Zahl alter Migranten einstellen.*

*Foto: Schmidt*

die nicht zu den Hauptgruppen der ethnischen Minderheiten gehören. So hat zum Beispiel die chinesische Gemeinschaft in Holland die Initiative ergriffen und in Amsterdam ein eigenes Heim-Projekt mit 70 Wohneinheiten für alte und hilfebedürftige Chinesen gestartet: das neue Chinatown-Projekt. Fachliche Informationen und praktische Unterstützung erhielten die chinesischen Initiatoren vom Amsterdamer Migranten-Zentrum und einer niederländischen Wohnungsbaugesellschaft.

Projekte wie dieses werden von niederländischen Politikern und Wohlfahrtsorganisationen allerdings nicht favorisiert. Denn sie ermöglichen und verstärken vielfach die Separation von älteren Ausländern. Die offizielle Politik will aber die Integration von Ausländern fördern. Die Verantwortlichen sind sich im klaren darüber, daß bei den vielfältigen Fragen der Migrationsproblematik keine Einheitslösungen gefragt sind, sondern nur Lösungen, die den Wünschen und Anforderungen der Migranten entsprechen.

**Kontaktadresse:** Edgar van Lokven, Amsterdams Centrum Buitenlanders, Westermarkt 6, 1016 DK Amsterdam, Niederlande, Telefon + 31 / 20 / 6 27 94 60 und Fax + 31 / 20 / 6 26 25 16.

## Großbritannien

Auch in Großbritannien gingen die Verantwortlichen lange Zeit davon aus, daß die Migranten – vor allem aus den ehemaligen Kolonialgebieten – in ihre

Herkunftsländer Indien, Pakistan und Bangladesch zurückkehren und dort ihren sogenannten Lebensabend verbringen werden. Doch auf der Insel kam es auch – ähnlich wie in Deutschland – anders als angenommen.

Laut GB-Zensus (1991) sind von den drei Millionen in Großbritannien lebenden Migranten 3,2 Prozent 65 Jahre und älter. Man geht davon aus, daß sich ihr Anteil verfünffachen wird. Der Status der Inder, Pakistanis und Bangladesher, die im Vereinigten Königreich leben, ist mit der Situation deutscher Aussiedler vergleichbar. Sie besitzen fast alle die britische Staatsangehörigkeit.

## Beispiel Leicester

Leicester – in der Mitte Englands gelegen – hat mit 28,5 Prozent einen der höchsten Anteile von Migranten aller europäischen Städte. Die in Leicester lebenden Migranten stammen hauptsächlich aus der afrikanischen Karibik, sind asiatischer Abstammung (aus Westindien und China) oder kommen aus der ehemaligen Sowjetunion, Polen und Serbien. Die in Leicester tätigen Fachleute aus verschiedenen Organisationen treten für einen integrativen Ansatz ein: Im Juni 1996 startete das „Ethnic Elders Project 2000“ mit dem Ziel, die Ausländerarbeit kommunal zu koordinieren. Die Organisation Age Concern England setzt sich in diesem Zusammenhang mit alten Migranten auseinander und versucht, ihre Bedürfnisse zu erkennen und zu bestimmen.

Ergebnisse dieser Arbeit sind eine Reihe stationärer Pflegeangebote und sogenannte „lunch clubs“ – beispielsweise für Sikhs und Muslime. Bei diesen Clubs handelt es sich um sogenannte Mittagstische, die auch als ethnische Treffpunkte fungieren. Hier werden Speisen in der Weise angeboten, wie es auch den religiösen Riten und Bräuchen in den Ländern entspricht, aus denen die älteren Menschen kommen.

**Kontaktadresse:** Paul Winstone, European Office, Leicester City Council, Fifth Floor B Block, New Walk Centre, Leicester LE1 6ZG, England, Telefon + 44 / 116 / 2 52 60 71, Fax + 44 / 116 / 2 52 60 90.



Zur Lösung der Migrationsproblematik sind innovative Projekte gefragt.

Foto: Schmidt

## Ausbildungsprogramm für transkulturelle Pflege in Schottland

Auf Initiative von Age Concern Schottland entstand Ende 1994 ein Projekt, um transkulturelle Pflege, Beratung und Begleitung ethnischer Minderheiten zu verbessern. Dieses Programm wurde für ältere Menschen sowie professionell und freiwillig Tätige entworfen, die in die Arbeit mit älteren Migranten eingebunden sind. Im Juli 1995 konnte das Programm erfolgreich abgeschlossen werden. Es hilft, das Wissen über ältere Migranten zu verbessern, professionelle Fähigkeiten für Dienstleistungen speziell für ethnische Minderheiten zu entwickeln und zu erlernen und Ausbildungsinhalte entsprechend zu ändern und zu erweitern.

**Weitere Informationen erteilt:** Age Concern Scotland, Helena Scott, 113 Rose Street, Edinburgh EH2 3DT, Großbritannien, Telefon und Fax + 44 / 131 / 6 22 32 73.

## Demenz und ethnische Minderheiten

Demenz und Alzheimer-Erkrankungen von älteren Menschen sind zwar von besonderem Interesse in der gerontologischen Forschung. Jedoch gibt es keine Untersuchungen über die besondere Problematik von Demenzen bei älteren Migranten. An der Universität von Sterling arbeitet man unter Leitung von Prof. Mary Marshall zur Zeit an einer Forschungsarbeit, die sich auf der Basis von Fallstudien mit der Problematik von Alzheimer-Patienten, die aus Asien kommen, beschäftigt.

**Kontaktadresse:** University of Sterling, Dementia Services Development Unit, Prof. Mary Marshall, Sterling FK9 4LA, Schottland, Telefon + 44 / 17 86 / 47 31 71.

*Annette Scholl*

# Europäisches Netzwerk für Altersfragen von Migranten

*von Helena Scott*

Nicht nur in Deutschland, sondern auch in zahlreichen anderen europäischen Ländern leben immer mehr ältere Migranten. Angeregt durch das „Europäische Jahr des älteren Menschen“ kam deshalb 1994 eine kleine Gruppe von Gründungsmitgliedern zusammen, um ein Europäisches Netzwerk für Altersfragen von Migranten zu planen und aufzubauen. Diese Gruppe bestand aus dem Niederländischen Institut für Pflege und Soziales, dem Dänischen Institut für Gerontologie, Age Concern (Schottland), dem Hauptausschuß für Aus-, Fort- und Weiterbildung sozialer Arbeit (GB), der Universität von Central Lancashire, dem Gleichstellungsausschuß für ethnische Minderheiten (GB) und dem Hynbrun & Rossendale Gleichstellungsrat für ethnische Minderheiten (GB). Mit finanzieller Hilfe der Europäischen Kommission (DG V) wurde das „European Network on Ageing and Ethnicity“ (Europäisches Netzwerk für Altersfragen von Migranten, ENAE) 1995 gegründet.

Die Ziele des Netzwerkes sind:

- Aus-, Fort- und Weiterbildung durch internationale Initiativen und Programme zu fördern,

- angemessene und für Migranten zugängliche Angebote in den Bereichen sozialer Dienstleistungen, Ausbildung, Freizeit und Wohnen zu schaffen,
- Forschung, Praxiserfahrungen, Arbeitsmethoden und Gleichbehandlungsgrundsätze zu entwickeln, zu fördern und zu verbreiten,
- über gegenwärtige und zukünftige europäische Programme zu informieren,
- allgemeine Aktionsprogramme für ältere Migranten aufzustellen.

Im Laufe des ersten Jahres seines Bestehens konnte das ENAE durch seinen Newsletter Communiqué und eine Reihe gezielter Aktivitäten intensive Beziehungen zu mehr als 400 Organisationen innerhalb der Europäischen Union aufnehmen. Zum Beispiel: In Maastricht fand gegen Ende 1995 ein europäisches Seminar für Pädagogen und Ausbilder statt. Ein Ergebnis dieses Seminars ist der Bericht „Growing Old Far From Home“ (Altwerden fern der Heimat), in dem spezielle Modelle und Konzepte und deren Umsetzung bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung in Verbindung mit Altersfragen von

Migranten vorgestellt werden. Die ENAE-Konferenz „Unsichtbare Mauern: Gesellschaftliche Ausgrenzung von Alten und ethnischen Minderheiten“ in Preston (GB) war per Videokonferenzschaltung mit der Veranstaltung „Alter Baum in fremdem Boden – Altern in der Fremde“ verbunden, die das Deutsche Rote Kreuz gleichzeitig in Berlin abhielt. Gent war der Veranstaltungsort für das erste europäische ENAE-Seminar über ältere Migranten im Juli 1996. Teilnehmer waren über 40 ältere Frauen und Männer aus so unterschiedlichen Ländern wie Chile, Vietnam, Portugal, Kenia, Nigeria, Irland, Polen, Hongkong, Surinam, Marokko, Zypern, Barbados, Türkei, Italien, Spanien, Rußland und Algerien.

Die von ENAE kürzlich veröffentlichte Publikation „Elderly People from Ethnic Minority Group: A review of the current status of information on research and literature on the topic of the elderly from ethnic minority groups in the European Community“ (Ältere Migranten: Übersicht des gegenwärtigen Informationsstandes der Forschung und Literatur zum Thema älterer Migranten in der Europäischen Union) spiegelt das breite Interesse aus Wissenschaft und Praxis an diesem Thema wider.

ENAE berät KollegInnen auf zahlreichen Konferenzen und Seminaren in Europa und informiert die europäischen Parlamentarier, die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit und Soziales und der sogenannten „Inter-Group für Altersfragen“.

Weitere Informationen sind erhältlich bei:  
European Network on Ageing and Ethnicity  
(c/o Age Concern Scotland), Helena Scott,  
113 Rose Street, Edinburgh EH2 3DT, Großbritannien,  
Telefon + 44 / 131 / 2 29 75 54 (direkt) oder  
+ 44 / 131 / 2 20 33 45, Fax + 44 / 131 / 2 21 98 48;  
E-mail: helena.scott@dial.pipex.com

## ENAE-Veröffentlichungen

**European Network on Ageing and Ethnicity**  
(Hrsg.): „Elderly people from Ethnic Minority Group: A review of the current status of information on research and literature on the topic of elderly from ethnic minority groups in the European Community“, 1996.

**Bestelladresse:** Peter Lindblad,  
Danish Gerontological Institute, Aurehøjvej 24,  
2900 Hellerup, Dänemark,  
Tel. + 45 39 40 10 10 und Fax + 45 39 40 40 45.  
Preis: 250,- Dänische Kronen.

**European Network on Ageing and Ethnicity**  
(Hrsg.): „Growing Old Far From Home“, 1996.

**Bestelladresse:** Naina Patel, Central Council for  
Education and Training in Social Work (CCETSW),  
Derbyshire House, St. Chad's Street,  
London WC1H 8AD, Großbritannien,  
Telefon und Fax + 44 113 294 7189.

## KDA-NEUERSCHEINUNGEN: GEROCARE-REPORTS

Das Pflegenetzwerk GeroCare, das vom Kuratorium Deutsche Altershilfe geknüpft wurde, führt PraktikerInnen aus verschiedenen europäischen Ländern zu einem Erfahrungs- und Informationsaustausch zusammen. In Workshops werden vor allem Konzepte und neue Wege bei der Pflege, Begleitung und Therapie älterer Menschen erarbeitet.

Inzwischen sind fünf ausführliche Berichte (GeroCare-Reports) zu den bisherigen Workshops erschienen. Sie enthalten die Referate und Diskussionsergebnisse sowie ergänzende Informationen und sind dreisprachig – Deutsch, Englisch und Französisch. Ab sofort können die Berichte beim KDA zu einer Schutzgebühr von 17,50 DM je Heft zzgl. Versandkosten bestellt werden. Die fünf Berichte haben folgende Titel:

- Report 1/96** Pflege von Personen mit schweren Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsverlust; 142 Seiten
- Report 2/96** Spezielle Probleme der häuslichen (durch ambulante Dienste unterstützten) Pflege dementer und psychisch erkrankter älterer Menschen; 139 Seiten
- Report 3/96** Pflegebedürftige in Privathaushalten und in Heimen im Spannungsfeld der Kooperation von pflegenden Angehörigen, ehrenamtlichen und professionellen Helfern; 118 Seiten
- Report 4/96** Verbesserungen für die häusliche Pflege durch Wohnungsanpassung; 96 Seiten
- Report 5/96** Grenzsituationen in der Pflege, Nähe und Distanz, Schamgefühl, Ekel; 101 Seiten

Nähere Auskünfte zum GeroCare-Projekt erteilen die MitarbeiterInnen des KDA-Infobüros (Gisela Stahl und Jürgen Wickert) und die Mitglieder der GeroCare-Arbeitsgruppe (Klaus Großjohann, Daniel Hoffmann, Annette Scholl, Gisela Stahl und Jürgen Wickert).

M. K.

## Nachgefragt...

**...beim Aussiedler-Beauftragten der Bundesregierung,  
Horst Waffenschmidt**

*Dr. Horst Waffenschmidt (MdB) ist Beauftragter  
der Bundesregierung für Aussiedlerfragen.  
Pro ALTER bat ihn um eine Einschätzung der  
Lebenssituation älterer Aussiedler in Deutschland.*



*Pro ALTER: Wie viele Aussiedler im Seniorenalter leben derzeit in Deutschland?*

Waffenschmidt: Von 1950 bis 1996 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 3.686.452 Aussiedler, Spätaussiedler und deren Familienangehörige aufgenommen. Aus der ehemaligen Sowjetunion kamen 1.548.298 Personen, aus Polen 1.440.782 Personen, aus Rumänien 425.029 Personen und aus sonstigen Ländern 272.343 Personen.

Die Erfassung nach Alter und Geschlecht erfolgt erst ab dem 1. Januar 1957. Danach waren im Durchschnitt der Jahrgänge rund 52 Prozent der aufgenommenen Personen weiblichen und 48 Prozent männlichen Geschlechts. Die Altersgruppen verteilen sich im Durchschnitt der Jahrgänge wie folgt:

- bis 5 Jahre 9,8 Prozent,
- von 6-17 Jahre 20,53 Prozent,
- von 18-24 Jahre 11,08 Prozent,
- von 25 bis 44 Jahre 33,1 Prozent,
- von 45 bis 64 Jahre 18,29 Prozent,
- 65 Jahre und älter 7,2 Prozent.

Wie viele Personen aus dieser Gesamtzahl heute in Deutschland leben, kann nicht gesagt werden. Sie gehen als Deutsche in der Gesamtbevölkerung auf, so daß Zahlen über ihren Fortbestand als Gruppe zu einem bestimmten Stichtag nicht erhoben werden.

*Pro ALTER: Warum sind ältere Aussiedler – verglichen mit Ausländern im Seniorenalter – so selten ein Thema in der Öffentlichkeit? Ist ihre Situation tatsächlich so unproblematisch?*

Waffenschmidt: Bundesweites Datenmaterial zur Unterbringungs- und Lebenssituation älterer Aussiedler liegt nicht vor. Die im Rahmen der Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage von einzelnen Ländern gemachten Angaben lassen darauf schließen, daß diese Personengruppe keine quantita-

tativ beachtliche Zielgruppe für die Altenpolitik darstellt. Dies dürfte maßgeblich darauf zurückzuführen sein, daß die älteren Aussiedler wie in den Herkunftsgebieten zumeist eingebunden im generationsübergreifenden Familienverband leben, der eine relativ weitgehende private, soziale und wirtschaftliche Absicherung gewährleistet. Die bei der älteren Generation noch relativ guten Deutschkenntnisse erleichtern den älteren Spätaussiedlern die Kontaktaufnahme zu einheimischen Bürgern und sonstigen Stellen. Den älteren Aussiedlern kommt damit eine wichtige Brückenfunktion zwischen der jüngeren Aussiedlergeneration und den einheimischen Deutschen bei der Integration zu.

*Pro ALTER: Spezielle Eingliederungshilfen wie Sprachkurse sowie Umschulungsprogramme bietet die Regierung vor allem jüngeren Aussiedlern an. Welche besonderen integrativen Programme können ältere Aussiedler in Anspruch nehmen?*

Waffenschmidt: Im Rahmen der Projektförderung des Bundesministeriums des Innern zur Integration der Spätaussiedler wird auch die Personengruppe der älteren SpätaussiedlerInnen durch die auf diesem Gebiet tätigen Dachorganisationen der Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Vertriebenenverbände speziell angesprochen. In Seminaren wird unter anderem auf die spezifischen Probleme dieser Altersgruppe eingegangen. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) stellt Mittel für soziale Beratung und Betreuung von Aussiedlern aller Altersgruppen zur Verfügung.

Darüber hinaus erprobt ein vom BMFSFJ aus Mitteln des Bundesaltenplans finanziertes Modell in Halle (Saale) Maßnahmen zur Integration älterer Aussiedler, das der Bundesarbeitskreis Arbeit und Leben (Düsseldorf) durchführt.

# Endstation Deutschland - Altern fern der Heimat

## Zur Situation alter Migranten in der Bundesrepublik

Sie kamen in den fünfziger und sechziger Jahren als 20- oder 30jährige „Gastarbeiter“. Daß viele von ihnen nicht nur ihr Arbeitsleben, sondern auch ihren Lebensabend in Deutschland verbringen würden - daran hatten weder sie selbst noch die deutschen Arbeitgeber und Behörden gedacht. Doch mittlerweile ist Deutschland zur Endstation vieler Älterer geworden, die in fernen Ländern und anderen Kulturen aufgewachsen sind. Die wachsende Zahl alter Migranten und deren besondere Lebensumstände stellen für die deutsche Altenhilfe eine Herausforderung dar.

Es sind vor allem Arbeitsmigranten, Aussiedler und Flüchtlinge, die im Alter nicht mehr in ihre Heimat zurückkehren können oder wollen. Sie bleiben für immer in Deutschland. Die Konsequenz: mit der steigenden Verweildauer der Zuwanderer nimmt auch der Anteil der älteren Migranten in Deutschland zu.

Ende 1995 lebten in der Bundesrepublik 7,2 Millionen Ausländer, von denen 255.700 (3,56 %) über 65 Jahre alt waren. Nach Modellrechnungen des Bundesinnenministeriums wird es im Jahr 2020 rund 1,4 Millionen und im Jahr 2040 über 2,9 Millionen über 65jährige Ausländer in Deutschland geben. Sie sind derzeit die relativ am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe.

Hinzu kommen jedes Jahr Tausende von Spätaussiedlern (1995: 217.898, davon 15.492 über 65), die zwar die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, sich hier aber wahrscheinlich genauso fremd fühlen wie die Ausländer (mehr dazu in der nächsten Ausgabe von *Pro ALTER*).

### Angeworben und altgeworden

Die ersten Arbeitsmigranten kamen Mitte der fünfziger Jahre aus Italien. „Gastarbeiter“ wurden sie zu einer Zeit genannt, als die deutsche Wirtschaft dringend Arbeitskräfte suchte. Nach Italien wurden 1960 auch Anwerbeabkommen mit Spanien und

1961 mit der Türkei geschlossen. Die ausländischen Arbeiter kamen aus den ärmsten Regionen Europas und hofften, durch die Arbeit im „Wirtschaftswunder“-Deutschland der Armut in ihrer Heimat zu entkommen. Kaum einer hatte daran gedacht, auch den Lebensabend in Deutschland zu verbringen. Geplant war es ganz anders: in Deutschland arbeiten, zu Hause alt werden.

Die meisten älteren Ausländer in Deutschland kommen aus der Türkei (1995: 29.100 über 65jährige). Danach folgen Staatsangehörige aus Italien (24.200) und dem ehemaligen Jugoslawien (21.000). Nach mehreren Jahrzehnten in einem fremden Land haben die Arbeitsmigranten den engen Kontakt zu ihrer Heimat verloren.

Die Rückkehr wird immer wieder und immer weiter hinausgeschoben, je älter sie werden. Die Gründe für den langfristigen Verbleib in Deutschland sind vielfältig. An erster Stelle werden familiäre und soziale Bindungen genannt. Wer hier Kinder hat, die eine eigene Familie gegründet und sich eine Existenz aufgebaut haben, kann sich nur schwer von seiner „zweiten Heimat“ trennen. Gegen eine Rückkehr sprechen darüber hinaus die vergleichsweise unbefriedigende gesundheitliche und medizinische Versorgung im Herkunftsland und die zunehmende Entfremdung von der eigenen Nation. Auch die schlechte finanzielle Lage



*Pendeln zwischen der alten und der neuen Heimat: „Gastarbeiter“ auf dem Bahnhof Köln, 1973.*

*Foto: Inter Nationes*

vieler Ausländer ist mit ein Grund, hierzubleiben.

## Geringes Einkommen

Die meisten älteren Ausländer waren vorrangig als angelernte Arbeiter im Produktionsbereich mit relativ niedrigen Löhnen tätig und müssen folglich im Alter mit einer vergleichsweise niedrigen Rente rechnen. So betrug der durchschnittliche Rentenzahlungsbetrag der Arbeiterrentenversicherung im Jahr 1995 für Türken nur rund 760, für Italiener nur 452 Mark im Monat. Im Falle einer endgültigen Rückkehr in die Heimat bestünde im Krankheits- oder Pflegefall meist kein Anspruch mehr auf Leistungen aus der deutschen Kranken- und Pflegeversicherung. Um diese Ansprüche nicht zu verlieren, pendeln viele zwischen Deutschland und ihrer Heimat hin und her - wenn sie es sich leisten können. Ein großer Teil der ausländischen Migranten lebt im Alter am Rande oder sogar unterhalb der Armutsgrenze. Nur wenige nehmen Sozialhilfe in Anspruch. Einige schrecken vor den deutschen Behörden zurück und sind daher gar nicht über die Anspruchsbedingungen informiert. Andere haben Angst vor der Ausweisung, die laut Ausländergesetz von 1991 bei Sozialhilfebezug drohen kann. Diese Angst ist jedoch bei älteren Ausländern meist unberechtigt. Sie, die lange Jahre in Deutschland gearbeitet haben und deren Lebensmittelpunkt hier ist, brauchen nach Auskunft der Behörden keine Ausweisung zu befürchten, nur weil sie im Alter sozialhilfebedürftig werden. Dafür müßten schon schwerwiegendere Tatbestände, wie eine „Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung“ gegeben sein.

## Viel mehr ältere Männer

Aufgrund ihres geringen Einkommens können sich ältere Zuwanderer oft nur bescheidene und beengte Wohnungen leisten. Zudem ist der Anteil der Einpersonenhaushalte bei den alten Migranten erstaunlich



*Im Alter ist das Bedürfnis, Religion zu praktizieren bei vielen älteren Migranten (wieder) groß.*

*Foto: V. Wiciok/Lichtblick*

hoch: er beträgt unter Ausländern in der Altersgruppe der 60-65jährigen 22 Prozent (Deutsche 17,2%) und in der Altersgruppe 65-70 Jahre 35,5 Prozent (Deutsche 27,3%). Dies ist unter anderem zurückzuführen auf die hohe Zahl alleinlebender ausländischer Männer in Deutschland. Im Gegensatz zur deutschen alten Bevölkerung sind bei den alten Arbeitsmigranten die Frauen eher unterrepräsentiert: bei den über 60jährigen Ausländern sind mehr als die Hälfte (56%) Männer, weit mehr als bei der Gesamtbevölkerung in dieser Altersgruppe, wo der Männeranteil etwa bei einem Drittel liegt. Ein eventuell auftretender Hilfs- und Pflegebedarf im Alter kann bei Ausländern also seltener durch die Familie oder den Ehepartner - speziell die Ehefrau - abgedeckt werden.

## Ethnischer Rückzug

Spätestens mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben beginnt für alte Ausländer und Aussiedler oft eine Zeit der sozialen Isolierung. Die Sozialkontakte konzentrieren sich dann ausschließlich auf die Familie oder auf Personen der gleichen Nationalität. Studien belegen, daß das Bedürfnis nach einem Rückzug in die eigene Ethnie im Alter ansteigt. Unter sich können die Migranten ihre Sprache sprechen, finden Verständnis für die Aufrechterhaltung alter Traditionen und die Ausübung ihrer Religion.

Zu lange ist die rasch wachsende Klientel „alte Migranten“ von der deutschen Altenhilfepolitik ignoriert worden. Im Moment gehört die Mehrzahl dieser Menschen noch zu den „jungen Alten“. Bald wird aber ihr Hilfs- und Pflegebedarf steigen. Daher muß die Altenhilfe jetzt ihre Strukturen und Dienstleistungen anpassen, entsprechende Informationspolitik betreiben und ergänzende Regelangebote schaffen, um auf die multikulturell alternde Gesellschaft vorbereitet zu sein.

*Claudia Helmstaedter*

## Literatur zum Thema:

Naegele, Gerhard / Olbermann, Elke: **Ältere Ausländer - ihre Lebensbedingungen und Zukunftsperspektiven im Prozeß des demographischen Wandels.** In: Demographischer Wandel in der europäischen Dimension und Perspektive, Karl Eckart/Siegfried Grundmann (Hrsg.), Berlin, 1997, S. 71-83.

Schnetz, Diemut / Menzel, Jochen: **Als Ausländer/in alt werden in Deutschland.** Dokumentation einer Fachtagung. Verlag der Hans-Weinberger-Akademie, 1994.

Wedell, Marion: **Nur Allah weiß, was aus mir wird...** Alter, Familie und außerfamiliäre Unterstützung aus der Sicht älterer Türkinnen und Türken. IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation, 1993.

„Ich suchte um jeden Preis nach Wegen, um meine Kinder studieren lassen zu können“. Interviews mit türkischen Seniorinnen und Senioren in Bielefeld. AWO Kreisverband Bielefeld e.V., 1995.

Holz, Gerda / Scheib, Hermann / Altun, Sükriye / Petereit, Ute / Schürkes, Jutta: **Fremdsein, Altwerden, und was dann? - Ältere Migranten und die Altenhilfe.** ISS-Eigenverlag. Frankfurt am Main, Oktober 1994.

Informationsdienst zur Ausländerarbeit: **Ältere Migrantinnen und Migranten.** Verlag des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 1993.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege: **Alte Migranten in Deutschland - Wachsende Herausforderungen an Migrationssozialarbeit und Altenhilfe.** KDA-Reihe „Vorgestellt“ Nr. 58. Köln, 1996.

Unterrichtsmaterial für die Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern: **Migration und Alter.** Preis: 60,- DM. Zu beziehen über: Stadt Nürnberg, Amt für Kultur und Freizeit, Inter-Kultur-Büro, 90317 Nürnberg. Auskunft: Frau Fischer-Brühl, Tel.: 09 11/2 31 46 76, Fax: 09 11/2 31 34 10

## GLOSSAR

## MIGRATION

Migration (lateinisch, „Wanderung“) ist der Oberbegriff für jede Art von räumlicher Mobilität einzelner Menschen oder Gruppen. Als Migranten werden diejenigen bezeichnet, die sich in ein fremdes Land begeben, um dort für eine unbestimmte Zeit zu leben. Ist die Einwanderung in ein Land auf Dauer angelegt, spricht man von Immigration.

## ARBEITSMIGRANTEN

Eine spezifische Gruppe von Migranten sind die sogenannten Arbeitsmigranten, die sich mit der ursprünglichen Absicht eines zeitlich begrenzten Arbeitsaufenthaltes in ein Gastland begeben und - wenn materielle Wünsche erfüllt oder berufliche Qualifikationen erreicht sind - eine spätere Rückkehr in die Heimat beabsichtigen. Die Arbeitsmigranten stellen in der Bundesrepublik die größte Gruppe von Ausländern dar. In den sechziger Jahren begann die verstärkte Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte aus südeuropäischen Ländern. 1973 gab es einen Anwerbestopp. Dieser verstärkte unter den Arbeitsmigranten die Tendenz, dauerhaft in Deutschland zu bleiben.

## (SPÄT-)AUSSIEDLER

Im Zusammenhang mit den Ereignissen des Zweiten Weltkriegs wurden circa 15 Millionen deutsche Volkszugehörige aus den ehemaligen östlichen Gebieten des deutschen Reiches und den Staaten Ost- und Südosteuropas vertrieben, verschleppt oder zur Flucht gezwungen. Als Aussiedler (seit 1993 offiziell „Spätaussiedler“) werden deutsche Staatsangehörige bezeichnet, die nach Abschluß der allgemeinen Vertreibungsmaßnahmen (ab 1948) aus diesen Gebieten (etwa aus der ehemaligen Sowjetunion, Polen, Ungarn, Rumänien oder der ehemaligen Tschechoslowakei) nach Deutschland gekommen sind bzw. kommen, um sich hier niederzulassen. Voraussetzung für die Anerkennung als Aussiedler ist das „Bekenntnis zum deutschen Volkstum“, welches durch bestimmte Merkmale wie Abstammung, Erziehung, Sprache und Kultur nachgewiesen werden muß.

## ASYLBEWERBER

Asylbewerber sind Flüchtlinge, die aus begründeter Furcht vor Verfolgung wegen Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten ethnischen oder sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung ihre Heimat verlassen müssen. Die Hauptherkunftsgebiete der Flüchtlinge, die nach Deutschland kommen und hier Asyl beantragen, sind die Türkei, die Bundesrepublik Jugoslawien und der Nahe Osten (Iran, Irak, Afghanistan). Die Prüfung der Asylberechtigung wird vom Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge vorgenommen. Nur von der Behörde „anerkannte“ Flüchtlinge dürfen in Deutschland bleiben. Andere werden vielfach ausgewiesen (abgeschoben).

Nach: Fachlexikon der sozialen Arbeit, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 3. Auflage 1993.

## Die drei großen Migrantengruppen in Deutschland

|                                 | <b>Ausländer allgemein<sup>1)</sup></b><br>(größtenteils Arbeitsmigranten)                                                                                                                            | <b>Aussiedler<sup>2)</sup></b>                                                                                                                                                                                       | <b>Flüchtlinge/<br/>Asylbewerber<sup>3)</sup></b>                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Zahlen</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Insgesamt: 7.173.900 (8,78% der Gesamtbevölkerung, 1995)</li> </ul>                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Insgesamt von 1950-1996: 3.686.452</li> <li>Neuaufnahmen 1995: 217.898</li> <li>1996: 177.751 (seit 1990 rückläufige Entwicklung)</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erstanträge 1996: 116.367</li> <li>Anerkennungsquote 1996: 7,4%</li> </ul>                                                                                                             |
| <b>Altersstruktur</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>255.700 (3,56%) über 65jährige (1995)</li> <li>2.817.700 (39,27%) 25 bis 45jährige (1995)</li> </ul>                                                           | von den Neuaufnahmen 1995 waren: <ul style="list-style-type: none"> <li>15.492 (7,11%) über 65</li> <li>73.795 (33,87%) 25 bis 45 Jahre alt</li> </ul>                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>nicht statistisch erfaßt</li> </ul>                                                                                                                                                    |
| <b>Haupt-herkunftsländer</b>    | 1995: <ul style="list-style-type: none"> <li>Türkei (28,07%)</li> <li>Jugoslawien (11,12%)</li> <li>Italien (8,16%)</li> <li>Griechenland (5,01%)</li> </ul>                                          | 1996: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ehem. Sowjetunion (96,86%)</li> <li>Rumänien (2,41%)</li> <li>Polen (0,66%)</li> </ul>                                                                                  | Erstanträge 1996: <ul style="list-style-type: none"> <li>Türkei (20,46 %)</li> <li>Jugoslawien (15,54%)</li> <li>Irak (9,31%)</li> <li>Afghanistan (4,86%)</li> </ul>                                                         |
| <b>Motive für die Migration</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bis 1973 Anwerbung</li> <li>Arbeitsplatzsuche</li> <li>Familiennachzug</li> </ul>                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>„als Deutsche unter Deutschen leben“</li> <li>vielfältige Diskriminierungen im Herkunftsland</li> <li>wirtschaftliche Not</li> </ul>                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>politische Verfolgung im Herkunftsland</li> <li>Gefährdung von Leib, Leben und wirtschaftlicher Existenz bei Verbleib in der Heimat</li> </ul>                                         |
| <b>Wohnsituation</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>freie Wohnungssuche</li> <li>62,0% in Wohnungen mit weniger als 6m<sup>2</sup> pro Kopf<sup>4)</sup></li> </ul>                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>zunächst Übergangswohnheime</li> <li>Anspruch auf Vermittlung einer Sozialwohnung</li> <li>52,4% in Wohnungen mit weniger als 6m<sup>2</sup> pro Kopf<sup>4)</sup></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>zunächst Sammelunterkünfte</li> <li>z.T. Einschränkung der räumlichen Aufenthaltserlaubnis</li> <li>76,9% in Wohnungen mit weniger als 6m<sup>2</sup> pro Kopf<sup>4)</sup></li> </ul> |
| <b>Rechtlicher Status</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>unterliegen dem Ausländerrecht</li> <li>benötigen Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis (Sonderregelungen für Ausländer aus EG-Staaten)</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>unterliegen dem Bundesvertriebenengesetz</li> <li>Sind „Deutsche Staatsangehörige“ (z.T. doppelte Staatsangehörigkeit)</li> </ul>                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>unterliegen dem Asylverfahrensgesetz</li> <li>Grundgesetzlicher Anspruch (Anerkennung als politisch Verfolgte)</li> </ul>                                                              |
| <b>Verweildauer</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>28,7% aller Ausländer leben bereits 20 Jahre oder länger in Deutschland</li> <li>Zwei Drittel aller ausländischen Kinder ist in Deutschland geboren</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>auf Lebenszeit (Rücksiedlung äußerst selten)</li> </ul>                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>häufig Ausreise vor Verfahrensende</li> <li>Verbleib-Wunsch, bis Verbesserungen im Heimatland eintreten</li> </ul>                                                                     |
| <b>Rentenversicherung</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Anspruch entsprechend den Beitragszahlungen</li> </ul>                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sofortiger Anspruch auf Rentenzahlung</li> </ul>                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Keinerlei Ansprüche</li> </ul>                                                                                                                                                         |
| <b>Sozialhilfe</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Inanspruchnahme von Sozialhilfe kann zu Ausweisung führen</li> </ul>                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Erfüllung entsprechender Voraussetzungen Anspruch auf Sozialhilfe</li> </ul>                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>auf Sozialhilfe angewiesen</li> <li>Gewährung in reduzierten Sätzen, i.d.R. als Sachleistung</li> </ul>                                                                                |

Quellen der statistischen Angaben:

1) Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2) Bundesverwaltungsamt, Köln, 3) Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, Nürnberg, 4) Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin: Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) 1995

## Ältere Ausländer

# Migrationenstress und Rückkehrillusion

von Dr. Hermann Brandenburg (Katholische Fachhochschule, Freiburg)

Zum Migrationsstress liegen kaum gesicherte Befunde vor. Unstrittig ist, daß ältere Migranten hinsichtlich materieller wie auch gesundheitlicher Aspekte ihrer Lebenssituation erheblichen Belastungen (Stressoren) ausgesetzt sind. Es mangelt aber an empirischen Untersuchungen, die - theoriegeleitet - Aussagen darüber machen, wie ältere Migranten auf diese Belastungen reagieren.

Wenn man davon ausgeht, daß die Migration mit bestimmten Stressoren verbunden ist, die zu einer psychosozialen Krise führen können, dann lassen sich erste Hinweise zur Bedeutung dieses Phänomens aus Befunden zum Gesundheitszustand älterer Migranten ableiten.

## Gesundheitliche Gefährdungen

Vor allem ist hier auf gesundheitliche Gefährdungen durch schwere körperliche und gesundheitsschädigende (Industrie)-Arbeit und psychosoziale Belastungen zu verweisen, die sich aus dem Kulturkonflikt und dem „Altern in der Fremde“ ergeben. In Deutschland liegen keine umfassenden Untersuchungen zum Krankheitsspektrum der Arbeitsmigranten vor. Hinweise können jedoch der Statistik der Frühverrentung und einer Übersicht über die Rehabilitationsanlässe bei den 60jährigen und älteren Ausländern in der Arbeiterrentenversicherung entnommen werden. Als wichtigste Erkrankungsbereiche gelten hier: Krankheiten des rheumatischen Formenkreises und des Kreislaufsystems, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes und Lungenkrankheiten und Infektionen, psychiatrische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane (vgl. Collatz et al., 1992 in Literaturliste auf S. 23).

## Ältere Ausländer beurteilen Gesundheitssituation schlechter als Deutsche

Aus Forschungsergebnissen geht hervor, daß diejenigen Personen, die sich selbst als gesund beurteilten, über ein höheres Ausmaß an Aktivität verfügten, eine bessere Stimmung aufwiesen und eine positive Zukunftsperspektive hatten. Aus diesem Grunde sind empirische Hinweise bedeutsam, die auf erhebliche Unterschiede im subjektiven Gesundheitszustand zwischen älteren Migranten und einheimischen Senioren hindeuten. Beispielsweise beschrieben in einer Untersuchung des Zentrums für

Türkeistudien (1992) etwa ein Drittel der älteren Migranten ihren Gesundheitszustand als „gut“ bzw. „sehr gut“ und 36 Prozent antworteten mit „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“. Aktuelle deutsche Ergebnisse im Rahmen der interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) über die Bedingungen gesunden und zufriedenen Alterns zeigen völlig andere Resultate: 51 Prozent der Befragten schätzten ihren Gesundheitszustand als „gut“ bzw. „sehr gut“ ein und nur drei Prozent antworteten mit „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“. Diese Befunde sind auch deswegen bedeutsam, weil sich der subjektive Gesundheitszustand in amerikanischen Studien zur Langlebigkeit als wichtigster Vorhersagefaktor erwiesen hat.

Über das Ausmaß psychischer Störungen und dementieller Erkrankungen bei Arbeitsmigranten liegen nur wenige und zum Teil widersprüchliche Informationen vor. Es konnte jedoch bislang nicht eindeutig geklärt werden, ob und bei welchen Krankheiten signifikante Unterschiede zwischen Migranten und einheimischer Altenbevölkerung nachweisbar sind. Gesichert scheinen jedoch Zusammenhänge zwischen Schicht und psychischen Erkrankungen: Je niedriger die Position in der sozialen Skala ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit der psychischen Auffälligkeit. Zu diesen Faktoren kommen in der multifaktoriellen Entstehung psychischer Erkrankungen migrationsbedingte Belastungen als verstärkende oder krankheitsauslösende Momente hinzu (z.B. kulturelle Entfremdung oder soziale Isolation). Im Hinblick auf dementielle Erkrankungen bei Ausländern ist - ähnlich wie bei den psychischen Störungen generell - vor einer Psychiatisierung zu warnen, denn empirisch konnte bisher keine erhöhte Prädisposition von Arbeitsmigranten für dementielle Erkrankungen nachgewiesen werden.

Insgesamt gesehen muß also von einer hohen Belastung älterer Migranten ausgegangen werden. Ob und inwieweit aus diesen - hier vor allem gesundheitlichen Belastungen - Migrationsstress resultiert, ist eine offene Frage.

## Rückkehrillusionen

Empirische Untersuchungen zeigen, daß ein großer Teil der Migranten die Möglichkeit der Rückkehr ins Herkunftsland nicht aufgegeben hat. Beispielsweise geben in der Befragung des Zentrums für Türkei-studien (1992) 31 Prozent der befragten Ausländer an, daß sie in ihre Heimatländer zurückkehren wollen, viele Befragten zeigten sich aber auch noch unentschieden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Befragung des Deutschen Instituts für Urbanistik, die Anfang der 90er Jahre in Stuttgart durchgeführt wurde. Interessant sind nationalitätenspezifische Unterschiede: Während 30 Prozent der Senioren aus dem ehemaligen Jugoslawien angaben, zurückkehren zu wollen, erklärten dies lediglich fünf Prozent der älteren Türken. Ein Viertel dieser Personengruppe würde am liebsten zwischen der Türkei und Deutschland hin- und herpendeln. Nach diesen Befunden ist davon auszugehen, daß ein erheblicher Anteil der Migranten ihren Lebensabend in Deutschland verbringen wird und nicht mehr in die Heimatländer zurückkehrt. Unter den Experten ist allerdings umstritten, wie „schädlich“ Rückkehrillusionen für die Lebensperspektiven älterer Ausländer sind.

Die einen befürchten, wenn etwa Hilfe und Pflege in Anspruch genommen werden müssen, dann könnten letztlich die Bereitschaft, bestimmte Dienste überhaupt in Anspruch zu nehmen, negativ durch eine stark ausgeprägte Rückkehrorientierung beeinflusst

werden. Es wird die Forderung erhoben, daß die „Rückkehrillusion aufgegeben werden muß, wenn Hilfe, Pflege oder möglicherweise sogar der Übergang ins Heim erforderlich werden, falls familiäre und ambulante Hilfen nicht vorhanden sind oder nicht ausreichen.“ (Tews, 1996, S. 38).

Demgegenüber stellt die Sozialwissenschaftlerin Maria Dietzel-Papakyriakou hierzu fest: „Die Rückkehrorientierung diene während des gesamten Migrationsverlaufes als Entlastungs- und Bewältigungsmechanismus im Alltag.“ Ihre Beibehaltung im Alter stelle einen migrationsspezifischen „Alternsstil“ da (Dietzel-Papakyriakou, 1994).

## Rückbesinnung auf ethnische Werte

Bei einer kritischen Abwägung der beiden genannten Positionen ist zunächst auf die psychologische Bedeutung der Rückkehrorientierung als psychische Ressource älterer Migranten hinzuweisen. In verschiedenen Studien wird über einen „Konservatismus“ alter Migranten berichtet, wie er einerseits im Rückzug auf die eigene ethnische Gruppe und andererseits in der Hinwendung zu traditionellen Einstellungen- und Verhaltensweisen, die aus dem Heimatland mitgebracht wurden, zum Ausdruck kommt. Die Rückbesinnung auf das ethnische Werte- und Normensystem hat jedoch eine besondere psychologische Bedeutung: Sie ist für das alternde Individuum notwendig, weil sie darauf abzielt, ein positives Selbstkonzept aufrechtzuerhalten. Aus diesem Grunde dient sowohl die Rückbesinnung auf traditionelle Werte als auch das Festhalten an der Rückkehrabsicht der Sinnerhaltung im Alter.

## Altenhilfe muß kulturelle Unterschiede respektieren

Wenn man diesen Kontext beachtet, dann ergeben sich vor allem für die Planung und Organisation sozialer Dienste folgende Gesichtspunkte:

Zunächst einmal sollte die Rückkehrorientierung als Faktum anerkannt und nicht durch sozialarbeiterische Bemühungen „wegtherapiert“ werden. Dies bedeutet, daß die Angebote der ambulanten Altenhilfe - wenn sie ihre (ausländische) Zielgruppe erreichen wollen - an der ethnischen Lebenswelt anknüpfen müssen (Dietzel-Papakyriakou,



*Erinnerungen an die Heimat - Viele ältere Migranten leiden unter Heimweh; aber zur endgültigen Rückkehr können sie sich nicht entschließen.*

*Foto: V. Wiciok/Lichtblick*

1993). Dort, wo natürliche Solidar- und Unterstützungssysteme existieren, sollten diese nicht durch die deutsche Altenhilfe ignoriert und durch unbedachte Intervention zerstört werden. Vielmehr kommt es darauf an, unter Respektierung kultureller Unterschiede, Formen der Zusammenarbeit und praktischer Unterstützung zu finden. So können dann Angebote der deutschen Altenhilfe, wie etwa Notrufsysteme, Mahlzeitendienste oder Hilfen zur Haushaltsführung sowie die verschiedenen Hilfen der ambulanten pflegerischen Dienste im Rahmen einer gemeinwesenorientierten, zugehenden Altenarbeit genutzt werden.

### Zweigleisige Strategie

Meiner Auffassung nach ist eine zweigleisige Strategie sinnvoll. Bei der „interkulturellen Öffnung der sozialen Dienste“ (vgl. Beauftragte der Bundesregierung, 1994) muß einerseits eine ethnische Komponente in die bestehenden Regeldienste und Einrichtungen eingebaut werden, etwa dadurch, daß die professionellen Dienste, z.B. die Sozialstationen, qualifizierte ausländische Pflegekräfte in die Arbeit mit einbeziehen. Diese Mitarbeiter können sich gezielt an ältere Migranten in der gleichen Sprache wenden und entscheidend dazu beitragen, daß Zugangsbarrieren reduziert werden. Andererseits ist eine Schulung und Fortbildung des vorhandenen Personals (z.B. im Bereich der Alten- und Krankenpflege) erforderlich und sind die bestehenden Angebote auf die kulturspezifischen Besonderheiten älterer Ausländer abzustimmen.

### „Runde Tische“ mit allen Beteiligten

Die Arbeit mit alten Ausländern setzt die Zusammenarbeit von Altenarbeit, Ausländerarbeit und Sozialpolitik voraus. Bislang ist diese Zusammenarbeit nur ansatzweise in der Ausländerberatung der Wohlfahrtsverbände erkennbar. Darüber hinaus ist es erforderlich, gemeindenah und über organisatorische, verbandliche und berufliche Grenzen hinweg zu einer Zusammenarbeit aller beteiligter Institutionen, etwa in Form eines „Runden Tisches“, wie etwa in Heidelberg/Mannheim, zu kommen. Hierbei sollten - neben den Wohlfahrtsverbänden und Kommunen - auch die Selbsthilfeeinrichtungen der Ausländer beteiligt werden.

## LITERATUR ZUM THEMA

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer: **Empfehlungen zur interkulturellen Öffnung sozialer Dienste**. Bonn, 1994.

Collatz, J.: **Zur Notwendigkeit ethnomedizinischer Orientierung der psychosozialen und Gesundheitsversorgung in Europa**, in: Collatz, J. et al. (Hrsg.). Was macht Migranten in Deutschland krank? Hamburg: EB-Verlag, 1992, S. 86-112.

Dietzel-Papakyriakou, M.: **Neue Aufgaben für die Altenhilfe. Sozialgerontologische Arbeit mit alten Arbeitsmigranten**, in: „Altenheim“ 6/93, S. 462-474 und „Altenheim“ 7/93, S. 564-569.

Dietzel-Papakyriakou, M.: **Alltag älterer Migranten - Belastungen und Ressourcen**. Vortrag bei der Fachtagung „Altern in der Fremde - Psychosoziale und gesundheitliche Situation älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland“ (2-3.12.1994 in Heidelberg), 1994.

Geiger, I. et al. (Hrsg.): **Dokumentation der Fachtagung: „Altern in der Fremde Psychosoziale und gesundheitliche Situation älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland (2.-3. Dezember 1994)“**. VSA, 1997.

Lehr, U.: **Ältere Migranten - eine zentrale Herausforderung für Wissenschaft, Politik und Praxis**. Vortrag bei der Fachtagung: „Altern in der Fremde: Psychosoziale und gesundheitliche Situation älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland“ (2.-3.12.1994 in Heidelberg), 1994.

Mertens, H./ Scott, H.: **Reaching out to Europes Older Minorities**. Ageing International, 12, 1993, S. 32-36.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.): **Älter werden zwischen den Kulturen**. Stuttgart, 1995.

Sen, Faruk (Zentrum für Türkeistudien): **Zur Lebenssituation und spezifischen Problemlage älterer ausländischer Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland**. Forschungsbericht. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1992.

Tews, H.P.: **Von der Pyramide zum Pilz. Demographische Veränderungen in der Gesellschaft**. Studienbrief 2. Funkkolleg Altern, Tübingen, 1996.

Viefhues, H. et al.: **Gesundheit und medizinische Versorgung ausländischer Arbeiterfamilien - ein Literaturbericht**, Bochum, 1982.

Altenhilfe in Europa  
Länderberichte  
Bonn 132.2  
BMFSFJ  
Verlag Kohlhammer  
1997

### 3.10 Qualität der Altenhilfe in den Niederlanden

#### 3.10.1 Einleitung

In den Niederlanden ist die Verantwortung für die Qualität der von den individuellen Berufstätigen und Einrichtungen gegebenen Hilfeleistungen an alte Menschen keine einseitige nationale Aufgabe. Qualitätsnormen für die Hilfe werden sowohl von den Berufstätigen und den Einrichtungen als auch auf nationaler Ebene festgelegt. Das gilt auch für die Prüfung der gebotenen Hilfe an Qualitätskriterien. Interne Prüfung der Leistungserbringer selbst steht neben der externen Prüfung durch die Rechtsprechung, öffentliche Hand und die Finanziers.

#### 3.10.2 Individuelle Hilfeleistende

Die Qualität der von den individuellen bezahlten Arbeitskräften an alte Menschen verliehenen Hilfe wird vor allem durch die Anforderungen, die an die Ausbildung und an die Sachkundigkeit der individuellen Hilfeleistenden gestellt werden, garantiert. Die Anforderungen sind in der nationalen Gesetz-

<sup>66</sup> Ministerie van WVS - Financieel Overzicht Zorg 1995, Seite 85.

gebung festgelegt, in zwischen Arbeitgeberorganisationen und Arbeitnehmerorganisationen abgeschlossenen kollektiven Arbeitsverträgen und in von den bezahlten Arbeitskräften selbst festgestellten Verhaltenskodizes.

Auf dem Gebiet des Gesundheitswesens sind seit dem letzten Jahrhundert diverse Gesetze entstanden, die sich auf die Sachkundigkeit der individuellen bezahlten Arbeitskräfte richten.

- Für Ärzte ist das Wet uitoefening geneeskunst (Stb. 1865, Nr. 60; WUG) wichtig. Dieses Gesetz enthält ein Berufsschutzsystem (auch wohl Befugnis-schutz genannt). Aufgrund von Artikel 1 WUG ist die Ausübung der Heilkunst denjenigen vorbehalten, die dazu laut Gesetz befugt sind. Die Erlangung dieser Befugnis ist in dem Gesetz vom 25. Dezember 1878 (Stb. 1878, Nr. 222) und in akademischen Gesetzen geregelt. Diese Gesetze nennen unter anderem die akademische Ausbildung als Voraussetzung für den Beruf des Hausarztes. Aufgrund von Artikel 436 Absatz 1 des Strafgesetzbuchs ist derjenige strafbar, der 'nicht zugelassen zur Ausübung eines Berufs, für den das Gesetz Zulassung fordert, den Beruf ohne Notwendigkeit ausübt'.

- Die Position der Krankenschwester basiert auf dem Wet bescremning diploma verpleegkundige (Stb. 1921, Nr. 702; WBDV). In diesem Gesetz hat man sich für ein System des Titelschutzes entschieden. Zur Ausübung des Berufs der Krankenschwester werden nur diejenigen zugelassen, die das Krankenschwesterdiplom bekommen haben. Jemand, der den Titel Krankenschwester führt, ohne im Besitz des Diploms zu sein, macht sich strafbar. Das Gesetz und die Ausführungsvorschriften regeln das Ausbildungsprogramm, die Ausbildungsdauer und die Ausstellung des Diploms. Sie bestimmen unter anderem, daß die bei den Kruisverenigingen angestellten Krankenschwestern ihr Basisdiplom nach einer dreieinhalb Jahren dauernden 'In-service' Ausbildung innerhalb der Kruiseinrichtung bekommen. Krankenschwestern, die nach ihrer Basisausbildung noch eine spezielle Ausbildung von zwei Jahren machen, empfangen vom Inspecteur der Volksgezondheid den Vermerk Gemeindeschwester auf ihrem Diplom (Stort, 1970, Nr. 144).

- Krankenpfleger haben aufgrund des Wet op de Ziekenverzorgers en Ziekenverzorgsters (Stb. 1963, Nr. 289; WZZ), wie die Krankenschwestern, einen gesetzlichen Titelschutz. Sie bekommen ihr Diplom nach einer zweijährigen In-service Ausbildung in einem Pflege- oder Altenwohnheim. Die Arbeit der Krankenpfleger schließt an die Arbeit der Krankenschwestern an, ist jedoch einfacher in ihrer Art. In der Praxis überschneiden sich die beiden Berufe. Über das Verhältnis der Berufe Krankenschwester und Krankenpfleger gibt das WZZ keinen Aufschluß.

Außer den gesetzlichen Regelungen, die auf die Ausübung des Berufes gerichtet sind, enthalten auch andere Gesetze Bestimmungen, die sich auf die Qualität der individuellen Berufsausübung im Gesundheitswesen richten.

Zu nennen sind zum Beispiel das Medische Tuchtwet (Stb. 1928, Nr. 22; MTW), das die Qualität des medizinischen Handelns von Ärzten, Zahnärzten, Hebammen und Apothekern mittels der Ehrengüchtigkeit überwacht. Aufgrund dieses Gesetzes prüfen aus Medizinen und Juristen bestehende Ehrengerichte das Handeln der dem Gesetz Unterworfenen an Normen, wie dem Untergraben des Vertrauens in den Klienten entsteht; das Zeigen von grober Unkenntnis in der Ausübung des Berufes (Artikel 1-3a MTW). Auch Anerkennungsanforderungen enthalten nähere Qualitätsnormen für die individuellen bezahlten Arbeitskräfte. So dürfen Kruisorganisationen aufgrund von Artikel 8 Absatz 3 des Besluit erkenningsnormen kruisorganisaties (Stort, 1981, Nr. 107) für die Funktionen Oberschwester und Kreiskrankenschwester nur Krankenschwestern annehmen, die minimal zwei Jahre Berufserfahrung im Gesundheitswesen haben und außerdem eine Kaderausbildung gemacht haben.

Im Bereich der Sozialarbeit, dem sogenannten 'Welzijnsector' wird die Qualität der individuellen Berufsausübung vor allem durch die Ausbildungsanforderungen, die in kollektiven Arbeitsverträgen (CAO) niedergelegt sind, garantiert. Für die Einrichtungen der Familiensozialarbeit, für die Büros sozialer Rechtsberater und für die koordinierte Altenhilfe werden im CAO-Welzijn Ausbildungsanforderungen formuliert, die von der Vereinigung van Ondernemingen in de Gepremieerde en Gesubsidieerde sector (VOG) mit den Gewerkschaften vereinbart wurden. Für die Kruisverenigingen und die Einrichtungen für Haus- und Krankenpflege werden (ergänzende) Anforderungen in der CAO-Kruiswerk und der CAO-Gezinsverzorging formuliert, die von der Landelijke Vereniging voor Thuiszorg mit den Gewerkschaften vereinbart wurden. Die CAOs werden aufgrund des Wet van 25 mei 1937, Stb. 801, vom Sozialminister in den ganzen Niederlanden für bindend erklärt.

Die in den CAOs benötigten Ausbildungen für hilfeleistende Berufe werden vom Landelijk Orgaan Beroepsonderwijs Zorg en Welzijn im Rahmen des sogenannten Lehrlingswesens organisiert. Die bezahlten Arbeitskräfte machen dabei eine Ausbildung für den hilfeleistenden Beruf (Haus- und Krankenpfleger, Stationshelfer im Pflegeheim, Altenpfleger) während sie innerhalb der Einrichtung arbeiten. Sie schließen einen Lehrvertrag mit der Dienstleistungseinrichtung und gehen einen Tag in der Woche in eine Fachschule. Nachdem die bezahlte Arbeitskraft die Ausbildung mit gutem Erfolg abgeschlossen hat, empfängt sie ein, vom zuständigen Kultusminister (O&W) anerkanntes Diplom. Die Fachschulen werden zum Teil vom Staat finanziert auf Basis des Wet op het cursorisch beroepsonderwijs (Stb. 1992, Nr. 337).

Bei der Gewährleistung der Qualität der individuellen Berufsausübung spielen die Berufsgruppen selbst auch eine wichtige Rolle. Diverse Berufsorganisationen haben auf eigene Initiative für die bei ihnen angeschlossenen Mitglieder Regeln aufgestellt, in denen genauere Anforderungen an die Ausbildung, Erfahrung und Weiterbildung der individuellen bezahlten Arbeitskräfte gestellt werden. Ein Beispiel ist die von der KNMG festgelegte Regelung der Eintragung von Hausärzten. Aufgrund dieser, in der Geschäftsordnung der KNMG niedergelegten Regelung, ist ein Arzt, der das Studium absolviert hat, erst dann fähig den Beruf des Hausarztes auszuüben, wenn er die ergänzende Ausbildung zum Hausarzt gemacht hat, was aus der Eintragung im Register für Hausärzte hervorgeht. Die Regelung wird seit langem von allen Hausärzten und Einrichtungen im Gesundheitswesen akzeptiert.

### 3.10.3 Hilfeeinrichtungen

Um die Qualität der von den Einrichtungen an alte Menschen gegebenen Hilfeleistungen zu garantieren, hat der niederländische Staat diverse Regelungen ins Leben gerufen.

In erster Linie kann auf das im Ziekenfondswet und dem AWBZ geregelten System der Anerkennungen gewiesen werden. Einrichtungen, die zu Lasten der gesetzlichen Krankheitskostenversicherung Hilfe leisten wollen, müssen vom Minister von VWS anerkannt worden sein (Artikel 8a-8i ZFW und 8-8h AWBZ). Um anerkannt zu werden, müssen die Einrichtungen Anforderungen erfüllen, die auf die Quantität und die Qualität des Hilfsangebots gerichtet sind. Die Qualitätsanforderungen beziehen sich unter anderem auf die benötigte Besetzung und die materiellen Mittel, auf die Sorge für Hygiene und Sicherheit und die Sorge für ein gutes und effizientes Funktionieren. Wenn eine Einrichtung anerkannt wird, bedeutet das, daß die Einrichtung zur Zeit der Prüfung nach Art, Inhalt und Umfang qualitativ verantwortungsvoll funktioniert. Einmal abgegebene Anerkennungen werden periodisch geprüft. Die Anerkennungsanforderungen stehen für die unterschiedlichen Einrichtungen in diversen, auf dem ZFW und dem AWBZ basierten, ministeriellen Regelungen.

Die direkte und indirekte Einmischung des Staates auf dem Gebiet der Qualität der durch die Einrichtungen versorgten Hilfeleistungen geht des weiteren aus unterschiedlichen anderen Gesetzen auf dem Gebiet der Hilfeleistung hervor, wie dem Wet op de bejaardenoorden, dem Wet ziekenhuisvoorzieningen und dem Wet tarieven gezondheidszorg.

Qualitätselemente haben auch in der Umschreibung der Leistungen, die den alten Menschen im Rahmen des ZFW und des AWBZ geboten werden, ihren Niederschlag gefunden.

Qualitätsanforderungen findet man schließlich auch in diversen Subventionsregelungen des Staates, des Ziekenfondsraad und der Länder und Kommunen (wie der Subventionsregelung für die Einrichtungen für Haus- und Krankenpflege).

Obwohl der niederländische Staat mittels der gesetzlichen Anforderungen einen großen Einfluß auf die Qualität der durch die Einrichtungen gebotenen Leistungen ausübt, sind die Einrichtungen auch selbst für die Qualität der von ihnen gegebenen Formen der Hilfeleistung verantwortlich. Dies geht zum Beispiel aus der Tatsache hervor, daß viele globale Anerkennungsanforderungen von den Einrichtungen selbst genauer ausgearbeitet werden. Außer dem Staat und den hilfeleistenden Einrichtungen selbst, sind auch die Krankenversicherer teilweise für die Qualität der Hilfeleistung verantwortlich. Die Verträge, die die Versicherer im Rahmen des ZFW und des AWBZ mit den hilfeleistenden Einrichtungen schließen, enthalten oft Bestimmungen, die einen Beitrag zur Qualitätsüberwachung liefern sollen.

### 3.10.4 Neue Gesetzgebung in Sachen Qualität

In dem 1990 erschienenen Bericht 'Kwaliteit van Zorg' stellte die Regierung fest, daß die bezahlten Arbeitskräfte und Hilfeeinrichtungen seit den sechziger Jahren viele Initiativen entwickelt haben, die sich auf Handhabung, Verbesserung und Bewachung der Qualität der Hilfe richten. Um solche Initiativen stimulieren zu können, hielt die Regierung es für notwendig, daß neue Gesetzgebung auf dem Gebiet der Qualität der Hilfe entstand. Die Regierung ist der Meinung, daß die heutige Regelung keinen angemessenen Rahmen für neue Initiativen bietet, da sie von einem veralteten verwaltungsmäßigen Konzept ausgeht. Diesem veralteten Konzept zufolge gehört es zu der Verantwortlichkeit des Staates, die Förderung und Bewachung der Qualität der Hilfe zentral zu steuern. Das geschieht dadurch, daß den Hilfeeinstenden detailliert vorgeschrieben wird, wie sie handeln müssen.

In dem Bericht kündigt die Regierung an, mit Vorschlägen für neue Gesetzgebung für Qualität zu kommen. In den neuen Gesetzen soll eine neue Verteilung der Verantwortlichkeit zwischen den Hilfeebringern und dem Staat zum Ausdruck gebracht werden. Die Erbringer bekommen so weit wie möglich selbst die Verantwortung für die Förderung und die Bewachung der Qualität der Hilfeleistung. Der Gesetzgeber beschränkt sich darauf, daß er global formulierte, aber essentielle Anforderungen stellt.

#### ■ Der Gesetzentwurf Kwaliteitswet zorginstellingen

Am 7. März 1994 hat die Regierung den Gesetzentwurf Kwaliteitswet zorginstellingen bei der Zweiten Kammer eingereicht (Tweede Kamer, 1993-1994, 23633, Nrn. 1-2). Der Gesetzentwurf betreffend die Qualität von Ein-

richtungen regelt für die Einrichtungen die Hilfe anbieten, die folgenden Aufgaben:

- 1) Sie müssen verantwortungsvolle Hilfe bieten, die effektiv, zweckmäßig und auf den Patienten ausgerichtet, geboten wird (Artikel 2);
- 2) sie organisieren die Hilfeleistung so, versehen die Einrichtung sowohl quantitativ als qualitativ derart mit Personal und Material und sorgt für eine derartige Zuteilung der Verantwortlichkeit, daß solches zu einer verantwortungsvollen Hilfe führt oder vernünftigerweise führen muß (Artikel 3);
- 3) sie müssen mit Hilfe von Qualitätssystemen die Qualität der Hilfe systematisch überwachen, beherrschen und verbessern. Dazu sammeln und registrieren sie auf systematische Art und Weise Angaben über die Qualität der Hilfe und passen wenn nötig ihre Arbeitsweise an (Artikel 4);
- 4) sie machen jedes Jahr einen Bericht, in dem sie Verantwortung für die von ihnen geführte Qualitätspolitik ablegen (Artikel 5).

Der Gesetzentwurf enthält keine Kriterien und Normen, von denen abzuleiten ist, was effizient, zweckmäßig und patientgerecht ist. Der Gesetzentwurf bestimmt auch nicht, wann die Rede ist von quantitativ und qualitativ ausreichend Personal oder weichen Bedingungen ein Qualitätssystem entsprechen muß. Dies alles bedeutet, daß den Erbringern selbst eine nähere Konkretisierung der allgemeinen gesetzlichen Normen überlassen wird. Die Erbringer sind deshalb in erster Instanz verantwortlich für die Qualität. Erst wenn die Einrichtungen nicht die geforderte Qualität liefern, haben der Minister von VWS und soweit es die Altenheime betrifft, die Behörden der Länder und der vier großen Städte (Rotterdam, Amsterdam, Den Haag und Utrecht) die Befugnis, den betreffenden Erbringern Weisungen hinsichtlich der Qualität der Hilfe zu erteilen. Werden die Weisungen nicht innerhalb der von den Behörden gestellten Frist befolgt, kann der Staat Verwaltungszwang anwenden oder ein Zwangsgeld auferlegen (Artikel 7, 14 und 15). Duldet das Ergreifen von Maßnahmen keinen Aufschub, können die Medizinalräte, einen Befehl geben. Sie werden mit der Aufsicht auf die Einhaltung der im Qualitätswet zorginstellungen gestellten Anforderungen beauftragt.

Das Gesetz wird auf diverse hilfeleistende Einrichtungen auf dem Gebiet der Altenhilfe anwendbar sein. Aus Artikel 1 Absatz 1 geht hervor, daß der Wirkungsbereich des Gesetzes sich in erster Instanz erstreckt über alle Orte, an denen Hilfe in einem organisatorischen Zusammenhang geboten wird. Für den Begriff 'Hilfe' wird verwiesen auf die Hilfe, die umschrieben ist bei dem oder aufgrund des ZFW, AWBZ und WBO. Das bedeutet, daß die folgenden Formen der Hilfe, die alten Menschen geboten werden, in den Wirkungsbereich des Gesetzes fallen werden: Die Aufnahme in ein und Tagesbehandlung in einem Pflegeheim, die Aufnahme in ein und die Hilfeleistung von einem Altenwohnheim aus, Hilfe der Kruisverenigingen und der RIAGGs, und die Hilfe

des Hausarztes. Aufgrund von Artikel 1 Absatz 2 können, wenn das Interesse der Qualitätsförderung der Hilfe dies verlangt, auch andere Formen der Hilfe als Hilfe im Sinne des Gesetzes angewiesen werden. Die Regierung will unter anderem die intensive häusliche Hilfe und die Haus- und Krankenpflege als Hilfe im Sinne des Qualitätswet zorginstellungen anweisen. Für die Anwendbarkeit des Gesetzes wird es nicht relevant sein, ob die Einrichtungen von einer privaten Organisation oder einer staatlichen Instanz verwaltet werden. Es spielt auch keine Rolle, ob die Einrichtungen von Prämiegeldern, aus privaten Kassen, oder durch staatliche Subventionen finanziert werden.

Wenn das Qualitätswet zorginstellungen in Kraft tritt, wird das heutige, im Ziekenfondswet und dem AWBZ geregelte System der Anerkennungen, abgeschafft.<sup>67</sup> Die Politik, die Qualität der Hilfe mittels zentraler Anerkennungsanforderungen zu regulieren, paßt nicht mehr in das neue verwaltungsmaße Konzept der Regierung.

Das BIG Gesetz (siehe unten) wird eine Bestimmung enthalten, demzufolge solistisch Praktizierenden die gleichen Bedingungen gestellt werden können wie Einrichtungen, mit dem Resultat einer verantwortungsvollen Sorge.

#### ■ Welzijnswet 1994

Obwohl der Entwurf des Qualitätswet zorginstellungen einen breiten Wirkungsbereich hat, umfaßt er nicht alle hilfeleistenden Einrichtungen auf dem Gebiet der Altenhilfe. Das Gesetz wird unter anderem keine Anwendung finden bei den Einrichtungen für Familiensozialarbeit, der koordinierten Altenhilfe, den Büros soziale Rechtsberater und der ehrenamtlichen Arbeit. Diese hilfeleistenden Einrichtungen haben als gemeinschaftliches Merkmal, daß sie zum größten Teil von den Subventionen, die die Kommunen zur Ausführung ihrer Aufgabe im Rahmen des Welzijnswet (Stb. 1994, Nr. 447; WZW) gewähren, finanziert werden. Um auch für diese Einrichtungen einen gesetzlichen Rahmen zu schaffen für ein System zwecks verantwortungsvoller Qualität der Hilfeleistung, wurden in Kapitel drei des am 1. Januar 1994 in Kraft getretenen Welzijnswet einige Qualitätsanforderungen aufgenommen, die größtenteils mit denen im Qualitätswet zorginstellungen übereinstimmen. Auch hier gilt die selbstregulierende Kraft der Hilfeleistungen und die Zurückhaltung des Staates als Ausgangspunkt. Die Einrichtung, die die Subvention empfängt, sorgt dafür, daß die Hilfe von vertretbarer Qualität ist. Die Einrichtungen können untereinander Absprachen bezüglich der allgemeinen Qualitätsnormen und der Verwirklichung eines Kontrollsystems machen. Erst, wenn ein vertretbares Qualitätsniveau nicht garantiert ist, kann die

<sup>67</sup> Das Gesetz ist am 1. April 1996 in Kraft getreten.

subventionierende öffentliche Hand Maßgaben an eine Subvention verbinden, mit dem Ziel, vertretbare Qualität zu erwirken.

#### ■ Gesetz auf die Berufe in der individuellen Gesundheitshilfe

Mit dem Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Stb. 1993, Nr. 655; BIG) beabsichtigt die Regierung eine, so viel wie Möglich uniforme Regelung für alle in Betracht kommenden Berufe auf dem Gebiet der individuellen Gesundheitshilfe zu geben. Das Gesetz wird an die Stelle der bestehenden Gesetzgebung in dieser Sache treten, da letztere in einigen Punkten ziemlich veraltet ist, einige Lücken und einen Mangel an Systematik zeigt und über diverse Gesetze zerstreut ist. Es betrifft unter anderem das Wet uitoefening geneeskunst, das Medische Tuchtwet, das Wet tot bescherming van het diploma verpleegkundige und das Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters. Die Artikel des BIG werden in den kommenden Jahren gestuft in Kraft treten. Die erste umfangreiche Einführungsphase wird 1995 erwartet. Dann tritt als erster Abschnitt die Regelung des Berufs der Krankenpfleger in Kraft.

Das Gesetz wird zur Aufhebung des in dem Wet uitoefening geneeskunst (WUG) niedergelegten Verbots zur Ausübung der Heilkunst durch andere als diejenigen, die kraft Gesetz dazu befähigt erklärt wurden, führen<sup>68</sup>. Das Verbot ist nicht mehr in Übereinstimmung mit der herrschenden Auffassung, daß der Patient bei der Bestimmung des Hilfebringers freie Wahl haben soll. Um die eigene Verantwortung auf diesem Gebiet mehr zu ihrem Recht kommen zu lassen, wird das heutige System des Berufschutzes von einem System des Titelschutzes und der konstitutiven Eintragung ersetzt. Aufgrund dieses Systems wird das Führen des Titels Arzt, Zahnarzt, Apotheker, klinischer Psychologe, Psycho- oder Physiotherapeut, Hebamme oder Krankenschwester Gruppen vorbehalten, die in Übereinstimmung mit dem Gesetz BIG ausgebildet worden sind und sich in vom Minister von WVS eingerichtete Register eingetragen haben. Eintragung in die Register findet nur dann statt, wenn man die bei dem und aufgrund des BIG gestellten Sachkundigkeitsanforderungen erfüllt. Mit Hilfe des gesetzlich geschützten Titels kann man sich Patienten gegenüber als Sachkundiger auf dem diesbezüglichen Fachgebiet erkennbar machen. Das unerlaubte Führen eines Titels ist aufgrund von Artikel 100 BIG strafbar.

Derjenige, der sich ohne Titel auf das Gebiet der individuellen Gesundheitshilfe begibt, ist ebenfalls strafbar, wenn er dabei der Gesundheit eines Patienten schadet. Dasselbe gilt für denjenigen, der wohl eingetragen ist, aber

<sup>68</sup> Die Aufhebung geschieht unter Berücksichtigung einer Anzahl von Ausnahmen. Das BIG weist in Kapitel IV auf eine Anzahl von Handlungen (wie dem Geben von Injektionen, dem Narkolisieren), die, wenn sie von Unbefugten verrichtet werden, unverantwortliche Risiken für den Patienten darstellen würden.

bei seinem Auftreten das Gebiet seiner Sachkenntnis überschreitet (Artikel 96 BIG).

Für Berufe in der individuellen Gesundheitshilfe, die nicht für Titelschutz in Betracht kommen, gibt es aufgrund von Artikel 34 des BIG die Möglichkeit, mittels dem sogenannten Königlichem Erlaß mit allgemeinem Zweck Ausbildungsanforderungen zu stellen.

In Kapitel fünf des BIG wird die Möglichkeit geschaffen, um mit königlichem Erlaß mit allgemeinem Zweck Anforderungen an die Qualität der Berufsausübung auf speziellen Punkten zu stellen, wie die technische Ausrüstung der Praxisräume, die Einrichtung, das Bewahren der Patientendossiers, interkollegiale Prüfung und Weiterbildung. Artikel 40 Absatz 2 des BIG bestimmt jedoch, daß diese Möglichkeit nur dann benutzt werden soll, wenn und insoweit es notwendig erscheint.

Ihm ist leichter, wenn er in einer Gemeinde lebt, deren Administration das Thema der Solidarität verinnerlicht hat, eine Administration, die nicht bloß Beträge transferiert sondern ihr Potential auf ein Modell verwandt hat in dem dezentral organisiertes Engagement, kommunikative Vernetzung vor Ort praktiziert wird. Dies nicht, weil es billiger ist, sondern deshalb, weil es Nachbarn in die Verantwortung für das sozial Geschehen vor der Haustür einbindet.

## Ambulante sozialpflegerische Dienste in den Niederlanden

Bas Maassen, Hoofddorp/Niederlande

### 1. Einführung

Das Erteilen von Informationen über ein anderes Land scheint einfach, aber ist im Wesentlichen ziemlich kompliziert. Man kann nie Dienste von zwei Ländern ohne Weiteres miteinander vergleichen. Man muß die immer sehen im totalen Kontext. Glücklicherweise bin ich durch meine Kontakte zu Kollegen der Arbeiterwohlfahrt ziemlich gut informiert über das, was dabei relevant ist.

Jahrelang war Holland mit seiner Pflegeversicherung (AWBZ) und die Budgetfinanzierung der ambulanten sozialpflegerischen Dienste ein hervorragendes Beispiel für deutsche Kollegen und das Interesse der Niederländer an der deutschen Situation war ziemlich gering. Jetzt aber sieht man bei uns das Interesse an Deutschland stark wachsen. Das neue deutsche Soziale Pflegeversicherungsgesetz bietet viele aktuelle Anknüpfungspunkte bei unseren Diskussionen über Erneuerung (der Finanzierung) der ambulanten und stationären sozialpflegerischen Dienste.

In diesem Artikel vergleiche ich erst die Niederlande und die BRD im Allgemeinen. Dann beschreibe ich die Organisationen, ihre Arbeit, und die Finanzierung. Zum Schluß werde ich eingehen auf neue Tendenzen und Probleme.

### 2. Deutschland-Holland: ein Vergleich

Obwohl das Verhältnis von den Niederlanden mit seinem großen Nachbarn heutzutage in unserm Land ein beliebtes Gesprächsthema ist, beschränke ich mich auf das was relevant ist für mein Thema. Unser Land zählt 15,4 Mio. Einwohner, davon 13 % über 65jährige (BRD 14,9 %). Mit 449 Einwohnern pro Quadratkilometer ist das Land sehr dicht bevölkert (BRD 222). 1,45 Mio. Einwohner (9,4 %) haben nicht die niederländische Nationalität oder sind im Ausland geboren (BRD 6,5 Mio. Ausländer, das sind 8 % der Gesamtbevölkerung). Pro Jahr kommen ungefähr 120 000 Immigranten dazu.

Pro 1000 Ältere gibt es 65 Plätze in Altersheimen und pro 1000 Einwohner gibt es 3,5 Betten in Pflegeheimen, 5 (vollzeit) Helferinnen Haus- und Familienpflege/ambulante Altenpflege und 0,7 Gemeindeschwestern. Die niederländische Ökonomie ist eng mit der deutschen verknüpft. Unser Land ist ein Einheitsstaat. Unterschiede wie in Deutschland zwischen Bundesländern kennen wir nicht. Es wird viel über Dezentralisation geredet, aber in der Praxis sieht man zentralistische Regelungen.

Bei der Sozialversicherung gibt es Unterschiede. Wir kennen Volksversicherungen

(jeder Einwohner des Landes ist versichert) und Arbeitnehmerversicherungen (jeder Arbeitnehmer ist versichert).

Volksversicherungen sind zum Beispiel das Allgemeine Altersversicherungsgesetz (AOW, das gesetzliche Mindesteinkommen für jeden Älteren) und das Allgemeine Gesetz über besondere Krankheitskosten (AWBZ, die holländische Pflegeversicherung). Arbeitnehmerversicherungen sind zum Beispiel das Krankenversicherungsgesetz (ZV), das Krankenkassengesetz (ZFW) und das Arbeitslosenversicherungsgesetz (WW). 75 % der Bevölkerung ist mittels der Krankenkassen versichert (Bundesrepublik 90%). Die Anzahl der Krankenkassen ist sehr gering (nur 25). Sie zahlen in unserem Land kein Krankengeld wie in Deutschland. Dafür, und für die Arbeitslosenunterstützung, gibt es 26 Betriebsgruppenvereinigungen.

Im Allgemeinen Sozialhilfegesetz (keine Versicherung, aus Steuermitteln finanziert) wird der Begriff Mindestlebenshaltungskosten definiert. Auf dieser Weise wird ein gesetzliches soziales Mindesteinkommen garantiert für alle Bürger. Dabei wird übrigens Vermögen, z. B. eine Eigentumswohnung, berücksichtigt. Kinder brauchen aber nicht, wie in der Bundesrepublik, einen Unterhaltsbeitrag für ihre Eltern zu zahlen.

Was in Deutschland freie Wohlfahrtspflege heißt, nennt man in den Niederlanden »particulier initiatief«, private Initiative. In beiden Ländern gibt es für die freie Wohlfahrtspflege eine grundlegende Ideologie. Diese Ideologie wird aber in Deutschland nachdrücklicher praktiziert als in den Niederlanden. Freie Wohlfahrtspflege ist in unserem Land heutzutage mehr eine Selbstverständlichkeit, aber es hat auch einen anderen Charakter. Das hat zu tun mit der starken Säkularisierung und mit dem weniger wichtig werden von Lebens- oder Weltanschauung als Organisationsprinzip. Beinahe alle Organisationen, Stiftungen (holländisch: stichting), haben einen allgemeinen Charakter und eine (regionale) Monopolposition. Das Engagement der Bürger auf Grund einer Ideologie (ehrenamtliche Arbeit, finanzielle Unterstützung) ist größtenteils verschwunden. Das gilt auch für finanzielle Unterstützung von Kirchen (Kirchensteuer wie in Deutschland kennen wir nicht).

### 3. Die Organisationen und ihre Arbeit

Der Sammelbegriff für ambulante sozialpflegerische Dienste in den Niederlanden ist »Thuiszorg«, buchstäblich übersetzt »Hauspflege«. Für ein gutes Verstehen werde ich beschreiben was wir genau darunter fassen und das ist mehr als man in der Bundesrepublik mit »Hauspflege« meint. Es geht um

- Haus- und Familienpflege (holländisch: gezinsverzorging),
- Altenpflege zu Hause (holländisch: bejaardenhulp),
- Gemeindefrankpflege (holländisch: wijkverpleging),
- Beratungsstellen für Säuglinge und Kinder bis 4 Jahre,
- Wochenpflege (Pflege für Mutter und Baby bis 8 Tage nach der Geburt),
- vorbeugende Aktivitäten über Gesundheitserziehung- und Aufklärung,
- sogenannte Hauspflegeläden (Verleih und Verkauf von Pflegeartikeln, Betten, Rollstühlen, einfachen Hilfsmitteln usw),
- Nachtpflege (meistens bei terminalen Patienten die zu Hause sterben wollen),
- und andere relevante Aktivitäten (z. B. Alarmierung, Ergotherapie, Mahlzeiten).

Dazu einen Überblick in Zahlen der Organisationen. Ich schreibe nicht über Sozialstationen, weil die typisch für die Bundesrepublik sind, und wir die in den Niederlanden in dieser Form nicht kennen. Wir sehen in unserem Land immer größer wer-

dende Organisationen für »Thuiszorg« (Hauspflege wie definiert). Die ursprünglichen Organisationen für Haus- und Familienpflege und für Gemeindekrankenpflege integrieren regional in große Organisationen für »Thuiszorg«. In 1980 gab es noch 721 Organisationen (245 Haus- und Familienpflege und 476 Gemeindekrankenpflege). Jetzt gibt es noch 134 (67 Haus- und Familienpflege, 29 Gemeindekrankenpflege und 38 integrierte Hauspflegeorganisationen).

Jetzt ein konkretes Beispiel, nämlich die eigene Hauspflegeorganisation. Ein Kreuzverein (zuständig für Gemeindepflege und Beratungsstellen für Säuglinge) und zwei Stiftungen für Haus- und Familienpflege fusionierten in eine neue Rechtsperson: die Stiftung Hauspflege Amstelland und Meerlanden. Das Arbeitsgebiet liegt südlich von Amsterdam. In diesem Gebiet wohnen 258 000 Einwohner. Unser Budget beträgt f 50 Mio. pro Jahr. Wir haben insgesamt 1200 Mitarbeiter und vermitteln dazu noch 650 sogenannte Alphahelferinnen (vergleichbar mit den 580-Mark-Kräften in der Bundesrepublik).

Für die eigentliche Hauspflege arbeiten wir mit vier Subregionen und für die Beratungsstellen für Säuglinge haben wir zwei Subregionen. Dann gibt es unterstützende Abteilungen: u. a. Buchführung, Personalabteilung, Spezialisten. Die Direktion hat die tägliche Führung und der Vorstand der Stiftung hat die Endverantwortung. Eine Tochtergesellschaft besitzt einen sogenannten Hauspflegeladen. Da vermietet und verkauft man Pflegeartikel (Betten, Rollstühle, einfache Hilfsmittel usw.). Auch gibt es eine Tochtergesellschaft für extra Pflege, meistens Nachtpflege, bei terminalen Patienten, die zu Hause sterben wollen.

Die Haus- und Familienpflege unserer Organisation realisiert jährlich 580 000 Stunden Pflege. Dabei geht es nicht nur um Hilfeleistungen am Tage, sondern auch abends und an den Wochenenden. Die wichtigste Aufgabe der Haus- und Familienpflege ist die Haushaltsarbeit zu unterstützen, aber die Pflege wird immer wichtiger. Das bedeutet auch, daß die Überlappung zwischen Haus- und Familienpflege und Gemeindekrankenpflege größer wird. Die Gemeindepflege der Organisation hat jährlich 140 000 Kontakte mit Klienten. Bei den Beratungsstellen für Säuglinge und Kinder bis 4 Jahre waren in 1992 13 546 Kinder eingeschrieben. Auch wird jährlich in 2500 Fällen Wochenpflege realisiert, also Pflege für Mutter und Baby.

#### **4. Die Finanzierung**

Die Hauspflege wird größtenteils finanziert auf Grund des AWBZ, d. h. die holländische Pflegeversicherung. Für die Gemeindepflege gilt das seit 1980. Die (Gemeindepflege) Organisationen empfangen ein Totalbudget und sind verpflichtet, jedem Patient zu helfen. Die Patienten bekommen die Hilfe umsonst, sie müssen aber Mitglied/Zahler der Organisation sein. Das kostet ungefähr 60 holländische Gulden (ca. 55 DM) pro Jahr. In den Niederlanden sind 3,3 Mio. Haushalte Mitglied oder Zahler.

Für die Haus- und Familienpflege galt bis 1990 eine Subventionsregelung des damaligen Ministeriums für Gemeinwohl, Gesundheit und Kultur (jetzt Gesundheit, Gemeinwohl und Sport). Ab 1990 gilt eine Subventionsregelung des Krankenkassenrates auf Grund des AWBZ. Die Organisationen empfangen ein Totalbudget für Haus- und Familienpflege und sind auch (mehr oder weniger) verpflichtet, jedem Klienten zu helfen. Es bestehen jedoch Wartezeiten für Hilfe. Ungefähr 10 % der Kosten der Haus- und Familienpflege werden gedeckt aus Eigenbeiträgen von Klienten. Dieser Beitrag ist abhängig vom Familieneinkommen. Der Mindestbeitrag ist f 4,50 pro

Woche und der Höchstbeitrag ist f 10,- pro Stunde. In den letzten Jahren sind die Budgets für Gemeindepflege und Haus- und Familienpflege ungefähr gleich geblieben.

Das nationale Budget für Gemeindekrankenpflege/Beratung für Mutter und Kind 1995 ist f 1032 Mio. und für die Haus- und Familienpflege f 2206 Mio. Neben dieser Budgetfinanzierung gibt es auch Zahlung pro Dienstleistung wie in Deutschland üblich. Das gilt zum Beispiel seit langem schon für die Wochenpflege. Krankenkassen und private Krankenversicherer zahlen pro Dienstleistung. In Total geht es um f 377 Mio. pro Jahr. Das gilt seit kurzem auch für extra Hauspflege, wenn Patienten zu Hause sterben wollen oder wenn die Hauspflege ein billiger Ersatz ist für Pflegeheim oder Altersheim (sogenannte Substitution). In den Niederlanden hat also jeder Bürger mehr oder weniger ein Recht auf Gemeindepflege, Haus- und Familienpflege und das ist auch bezahlbar. Verhinderung von einer Krankenhausaufnahme oder ein Gutachten von einem Arzt ist also nicht wie in Deutschland relevant für die Finanzierung, und der Klient ist niemals abhängig vom Sozialhilfegesetz.

## 5. Neue Tendenzen und Probleme

Bei den ambulanten sozialpflegerischen Diensten in den Niederlanden ist in den letzten Jahren vielerlei in Bewegung geraten. Das hat eigentlich alles zu tun mit der fundamentalen Reform des Gesundheitswesens. Die Regierung wollte eine breite Basisversicherung über Krankheitskosten für alle Bürger realisieren. Fast alle Ansprüche der Bürger würden darin untergebracht werden. In dieser neuen Basisversicherung mußten Marktinstrumente wie Wettbewerb eingebracht werden, während zur gleichen Zeit die Solidarität, inhärent an jedem Sozialversicherungssystem, garantiert sein mußte. Leider muß man jetzt feststellen, daß diese Pläne gescheitert sind. Der heutige Gesundheitsminister will keine großen Pläne mehr, nur Verbesserungen wo das nötig ist. Das bedeutet übrigens nicht, daß die früheren Trends der Gesundheitsreform nicht mehr anwesend sind.

Die Politiker in Den Haag denken jetzt für die Finanzierung des Gesundheitswesens an eine Dreistufenrakete:

1. Eine Volksversicherung für nicht privat zu versichernde Risiken wie langwierige Pflege für Ältere und chronisch Kranke (care). Kurz gefaßt: das heutige AWBZ in stark abgeschlankter Form.
2. Eine Pflichtversicherung für andere Krankheitskosten (cure). Das heutige Krankenkassengesetz, aber dann für jeden Niederländer, ausgeführt von den Krankenkassen und von den privaten Krankenversicherern, die dann eine gleiche Position bekommen (das sogenannte Konvergenz-Modell).
3. Eine freiwillige zusätzliche Versicherung für Extras und Luxus.

Ein offizieller Plan darüber gibt es noch nicht und auch ist nicht bekannt, wie die ambulanten sozialpflegerischen Dienste in der Zukunft genau finanziert werden. Aber bestimmte deutlich zu erkennende Trends sind noch immer dieselben und werden auch Konsequenzen haben für die ambulanten sozialpflegerischen Dienste. Weniger kollektive Verantwortung, mehr Eigenverantwortung der Bürger. Weniger Monopol, mehr Markt. Die heutigen Hauspflegeorganisationen müssen in Konkurrenz treten mit neuen Anbietern. Man sieht das schon sehr deutlich bei der Wochenpflege, bei der Hauspflege für terminalen Patienten und bei Hauspflege aus sogenannten Substitutionsmitteln. Die Hauspflegeorganisationen werden zur Verstärkung nicht nur

größer, aber haben sich größtenteils auch gebündelt in sechs sogenannte strategische Allianzen. Diese versuchen, Verträge zu schließen mit den Krankenkassen/privaten Krankenversicherern über die Tarife pro Dienstleistung (jetzt nur noch Wochenpflege, terminale Hauspflege).

Die Hauspflegeorganisationen versuchen im Rahmen des Marktdenkens kundenfreundlicher und billiger zu arbeiten. Dafür gebrauchen sie Qualitätssysteme und Managementinformationssysteme. Auch entwickeln sie neue Produkte (Alarmierung mit Einsatz von Berufskräften, Pflege bei Ferien im Ausland, Hauspflegeladen, Dialyse zu Hause usw.).

Unsere Erwartung ist, daß größere Teile des Dienstleistungsangebotes der sozialpflegerischen Dienste in der Zukunft pro Dienstleistung gezahlt werden und nicht mehr finanziert werden aus einem subventionierten Budget. Auch die Krankenkassen und privaten Versicherer, die immer ähnlicher operieren, fusionieren und bündeln sich in Allianzen. Eine andere Entwicklung ist das Klientenbudget. Der Leistungsberechtigte wird in der Zukunft, anstelle von Sachleistungen, das benötigte Geld empfangen, womit er selbst die Dienste kaufen kann. Also immer mehr Markt, wobei es für die traditionellen Organisationen sehr schwierig ist, konkurrierend zu arbeiten. Auch hier können wir in Holland lernen von der Situation in der Bundesrepublik mit mehreren Anbietern und Finanzierung pro Dienstleistung. Es kann in dieser Situation kein Erstaunen erregen, daß die Arbeitgeber versuchen, den Tarifvertrag einfacher, flexibler und weniger teuer zu machen.

Obwohl Trends deutlich sind, gibt es viel Unsicherheit über die Konkretisierung davon. Es gibt auch Meinungsunterschiede über das, was gewünscht oder nicht gewünscht ist. Trends werden auch mehr oder weniger seriös genommen. Es gibt Organisationen, die abwarten und noch ziemlich traditionell arbeiten. Es gibt andere, die sich energisch in den Markt stürzen.

Beim Landesverein für Hauspflege (Dachorgan/LVT), wird diskutiert über die Zulassung von neuen, auf Gewinn gerichtete Anbieter in den Verein. Die erste große Organisation (Rotterdam) ist deswegen schon ausgetreten. Viel ist in Bewegung bei den Hauspflegeorganisationen in den Niederlanden und man kann nur hoffen, daß die kommenden Veränderungen auch Verbesserungen bedeuten für die Bürger unseres Landes.

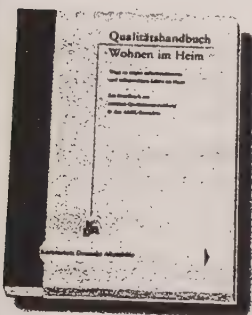
## KDA-Qualitätshandbuch Wohnen im Heim

### Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Leben im Heim

Ein Handbuch zur internen Qualitätsentwicklung in den AEDL-Bereichen

Möchten Sie mehr für die Selbstbestimmung und Selbständigkeit der BewohnerInnen Ihres Heimes tun, wissen aber nicht, wie und wo Sie anfangen sollen? Macht es Sie unzufrieden, daß Initiativen zur Verbesserung der Lebenssituation der Menschen, die in Ihrer Einrichtung leben, immer wieder dem Zeit- und Kostendruck zum Opfer fallen? Fühlen Sie sich manchmal von der Komplexität des Versuches erschlagen, die Qualität Ihrer Arbeit und die Ihrer KollegInnen weiterzuentwickeln?

Wenn ja, dann ist das neue Handbuch des KDA zur internen Qualitätsentwicklung in stationären Alteinrichtungen etwas für Sie.



In dem Handbuch werden in Ringbuchform auf rund 600 Seiten etwa 7.000 übersichtlich gegliederte und praxisnahe Fragen zu finden sein, mit deren Hilfe Sie in Gruppenarbeit zusammen mit Ihren KollegInnen (z. B. im Rahmen von heiminternen Qualitätszirkeln) die Qualität Ihrer Einrichtung und die Lebenssituation der in ihr lebenden BewohnerInnen systematisch und im Detail analysieren, diskutieren

und gemeinsam weiterentwickeln können. In 13 Fragenkatalogen, die in enger Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Praktikern und HeimbewohnerInnen entwickelt wurden, werden die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens von HeimbewohnerInnen detailliert behandelt (nach den AEDL-Lebensbereichen, wie Kommunizieren, Sich bewegen, Sich pflegen, Essen und Trinken, Ruhen und Schlafen, Ausscheiden, Sich kleiden, Sich beschäftigen, Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten bis hin zu den existentiellen Erfahrungen von HeimbewohnerInnen.) Das Qualitätshandbuch des KDA wird in der nächsten Ausgabe von *Pro ALTER* ausführlicher vorgestellt. Weitere Vorabinformationen zum KDA-Qualitätshandbuch – der Einführungstext und ein exemplarischer Fragenkatalog – sind via Internet abrufbar (<http://www.kda.de>). Das KDA-Handbuch wird voraussichtlich ab Dezember 1997 zum Preis von ca. 100,- DM über das KDA zu beziehen sein.

*Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.):  
Qualitätshandbuch Wohnen im Heim – Wege zu  
einem selbstbestimmten und selbständigen Leben  
im Heim – Ein Handbuch zur internen Qualitäts-  
entwicklung in den AEDL-Bereichen. Bearbeitung:  
Klaus Besselmann und Christine Sowinski unter  
Mitarbeit von Katja Donnay und Ramona von  
Petersenn. Köln 1997, ca. 600 Seiten, ca. 100 DM.*

**NEU:**

### Der KDA Online-Service

- Informationen aus den Fachabteilungen des KDA
- Aktuelle Pressemitteilungen
- Termine, Tagungen und Workshops des KDA
- Informationen aus verschiedenen europäischen Netzwerken (GeroCare, Ageing Well, ActivAge...)
- Veröffentlichungsverzeichnis des KDA mit Bestellmöglichkeit
- Neuerscheinungen
- Förderrichtlinien des KDA
- und vieles mehr...

unter:

<http://www.kda.de>

### E-Mail-Informationssdienst:

### Der schnelle und direkte Draht zum KDA

Durch den Eintrag in unseren elektronischen Verteiler erhalten Sie aktuelle Informationen. Zum Beispiel über

- Neuerungen in unserem Online-Angebot
- Pressemitteilungen
- Veranstaltungen des KDA
- Neuerscheinungen in den KDA-Reihen.

Der Eintrag in die Liste erfolgt über die Webseiten oder per E-Mail an:

mailinglist@kda.de  
subject: subscribe

Kontakt:  
**info@kda.de**

Nederland  
Pays-Bas  
Niederlande  
The Netherlands  
Holanda

Ministerium für Gesundheit,  
Gemeinwohl und Sport

---

# FACTSHEET

---

## *Das Qualitätssicherungsgesetz für Einrichtungen des Gesundheitswesens*

DIE GESUNDHEITSFÜRSORGE IN DEN NIEDERLANDEN  
GILT ALS AUSGEZEICHNET. AUßER EINEM  
BEZAHLBAREN UND FÜR JEDEN ZUGÄNGLICHEN  
GESUNDHEITSWESEN WILL DIE REGIERUNG AUCH IN  
ZUKUNFT EINE GUTE QUALITÄT DER  
GESUNDHEITSFÜRSORGE GEWÄHRLEISTEN. AM  
1. APRIL 1996 IST DAS QUALITÄTSICHERUNGSGESETZ  
FÜR EINRICHTUNGEN DES GESUNDHEITSWESENS IN  
KRAFT GETRETEN.

### BISHERIGE GESETZGEBUNG

Es ist nicht das erste Mal, daß der Staat gesetzliche Regelungen für die Qualität der Dienstleistungen der Einrichtungen des Gesundheitswesens formuliert. Bis zum April 1996 geschah dies mit Hilfe der Zulassungssysteme im Rahmen des Krankenkassengesetzes und des Allgemeinen Gesetzes Besondere Krankheitskosten. Nur die Leistungen der vom Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport anerkannten Einrichtungen konnten nach dem Krankenkassengesetz und dem Allgemeinen Gesetz Besondere Krankheitskosten vergütet werden.

Diese Regelungen hatten aber verschiedene Nachteile. Zum ersten waren die Qualitätsanforderungen wenig übersichtlich und äußerst detailliert, so daß die Einrichtungen den Zusammenhang zwischen den Regelungen leicht aus dem Auge verlieren konnten. Zum zweiten erwies sich die Durchsetzung der Qualitätsanforderungen als schwierig. Die einzige, zugleich aber einschneidendste Möglichkeit bestand darin, einer Einrichtung die Anerkennung zu entziehen. Dies bedeutet in der Praxis, daß die Einrichtung schließen muß - eine doch sehr schwerwiegende Sanktion. Ein weiterer Nachteil war, daß die Qualitätsanforderungen nur für anerkannte Einrichtungen galten. Andere Behandlungszentren, z.B. Privatkliniken und kommerzielle Hauspflegeorganisationen, fielen im allgemeinen nicht unter diese Regelungen, obwohl die Zahl gerade dieser Einrichtungen im letzten Jahrzehnt stark gestiegen ist.

#### ENTWICKLUNGEN IN DER PRAXIS

Seit Ende der achtziger Jahre beschäftigen sich die Instanzen des Gesundheitswesens aktiv mit der Qualitätssicherung. Seit 1989 sind die verschiedenen Gruppierungen des Gesundheitssektors - Leistungsanbieter, Krankenversicherungen und Verbraucher-/Patientenorganisationen - mehrmals in Leidschendam zusammengekommen. Auf diesen sog. Leidschendamer Qualitätskonferenzen ging es vor allem um die Frage, wie alle Beteiligten in Zukunft gemeinsam die Qualitätssicherungspolitik gestalten können.

Inzwischen haben sich in der Praxis zahllose Initiativen herausgebildet. So haben beispielsweise die Pflegeheime bereits ein eigenes Modell zur Sicherung der Qualität ihrer Dienstleistungen entwickelt: das Interne Qualitätssicherungsmodell für Pflegeheime. Dieses Modell basiert auf Grundkriterien, die beschreiben, was Patienten von einem Pflegeheim erwarten können; es geht aber auch noch einen Schritt weiter. Pflegeheime, die die Qualität ihrer Dienstleistungen gewährleisten wollen, werden regelmäßig prüfen müssen, ob die Grundkriterien in der Praxis erfüllt werden. Ist dies nicht der Fall, so wird die Heimleitung ihre Politik rechtzeitig korrigieren müssen. Das Modell sieht hierfür entsprechende Maßnahmen vor.

Der Verband für betreutes Wohnen - die Dachorganisation der niederländischen Pflegeheime - hat zur Überwachung der Qualität der Betreuung in Pflegeheimen ein Kontrollsystem entwickelt. Dabei stützt ein unabhängiges Team (das Aufsichtsteam) den Pflegeheimen Besuche ab und überprüft dabei, ob sie die vorgesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen auch wirklich durchführen. Wenn das Pflegeheim den Qualitätsnormen entspricht, wird sein Name in das öffentliche Qualitätsregister für betreutes Wohnen aufgenommen; als Beleg hierfür erhält das Heim das Qualitätssiegel für betreutes Wohnen.

### *Das Qualitätssicherungsgesetz für Einrichtungen des Gesundheitswesens*

Das Qualitätssicherungsgesetz für Einrichtungen des Gesundheitswesens trägt diesen Entwicklungen Rechnung. Anstelle zahlreicher und detaillierter Normen enthält es nur globale Qualitätsanforderungen; als Grundsatz gilt, daß die Einrichtungen für die Qualität ihrer Dienstleistungen selbst verantwortlich sind. Damit schafft der Staat die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsfürsorge. Die allgemeinen Anforderungen, die das Gesetz vorgibt, müssen von den einzelnen Einrichtungen des Gesundheitswesens selbst näher ausgestaltet und umgesetzt werden. Die Dachorganisationen können dabei eine wichtige unterstützende Rolle spielen.

#### GELTUNGSBEREICH DES GESETZES

Das Qualitätssicherungsgesetz gilt für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens. Dazu gehören u.a.: Krankenhäuser, Seniorenheime und Pflegeheime, Einrichtungen für geistig, körperlich und sensorisch Behinderte (wie familienersetzende Heime, psychiatrische Anstalten, Tagesstätten), Hauspflegeorganisationen, die Regionalinstitute für ambulante psychosoziale Fürsorge, Einrichtungen für beschütztes Wohnen, Rehabilitationszentren, Erholungsheime, Audiologie-Zentren, Zentren für genetische Untersuchungen Ambulanzen, Beratungszentren für Alkohol und Drogen, Gesundheitsämter, Abtreibungskliniken und sozialpädagogische Dienste.

Die Art der Finanzierung der Einrichtung ist für den Geltungsbereich des Gesetzes nicht relevant. Es gilt also z.B. auch für Privatkliniken und kommerzielle Hauspflegeorganisationen. Auch Zusammenschlüsse von Fachleuten gelten im Sinne dieses Gesetzes als Einrichtung. Man denke hier beispielsweise an Gemeinschaftspraxen von praktischen Ärzten, Zahnärzten oder Physiotherapeuten.

#### QUALITÄTSANFORDERUNGEN

Seit dem 1. April 1996 müssen die Einrichtungen des Gesundheitswesens vier Qualitätsanforderungen erfüllen, damit ihre Dienstleistungen als qualitativ gut gelten können.

##### *1. Verantwortungsbewußte Gesundheitsfürsorge*

Dreh- und Angelpunkt des Gesetzes ist die Verpflichtung der Einrichtungen des Gesundheitswesens, ihren Patienten oder Kunden eine *verantwortungsbewußte Gesundheitsfürsorge* zu bieten. Das Gesetz konkretisiert diesen Begriff, indem es "verantwortungsbewußte Gesundheitsfürsorge" als Gesundheitsfürsorge von angemessenem Niveau definiert, die in jedem Fall zweckmäßig, effektiv und patientenorientiert sein muß. Darüber hinaus kann erst dann von verantwortungsbewußter Gesundheitsfürsorge gesprochen werden, wenn die Anbieter ihre Leistungen genügend aufeinander abstimmen und ausreichend zusammenarbeiten. Diese Formulierung wurde absichtlich weit gefaßt, da sich in der Praxis herausgestellt hat, daß zahlreiche und detaillierte Regeln noch keine Garantie für Qualität sind. Sowohl Allgemeinkrankenhäuser als auch Suchtkliniken und Seniorenheime erbringen Pflegeleistungen; jede der drei Einrichtungskategorien muß aber unterschiedlichen Anforderungen genügen. Der Gesetzgeber ist daher von dem ausgegangen, was letztlich in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens erreicht werden soll: eine verantwortungsbewußte, gute, auf den Bedarf des Patienten oder Kunden abgestimmte Gesundheitsfürsorge. Die Einrichtung muß also selbst konkretisieren, was die Erbringung verantwortungsbewußter Gesundheitsfürsorge in ihrem Fall beinhaltet. In vielen Fällen wird man dabei bereits auf vorhandene Protokolle und früher entwickelte Richtlinien zurückgreifen können.

In Bezug auf die Art und Weise, wie die Einrichtungen die geforderte Qualität ihrer Gesundheitsfürsorge erreichen und gewährleisten können, stellt das Gesetz noch drei weitere Anforderungen, auf die im folgenden eingegangen wird.

##### *2. Qualitätsorientierte Politik*

Verantwortungsbewußte Gesundheitsfürsorge kann nur in einer gut funktionierenden Organisation erreicht werden. Das heißt z.B., daß zwischen der Leitung und dem Personal sowie zwischen den verschiedenen Abteilungen eine gute Kommunikation herrschen sollte. Darüber hinaus muß in den Einrichtungen genügend und ausreichend qualifiziertes Personal beschäftigt sein. Außerdem muß die Leitung verantwortungsbewußte Entscheidungen über die Geräteausstattung treffen. Plant ein Krankenhaus die Anschaffung eines modernen medizinischen Geräts, hat das Management zu prüfen, ob das Krankenhaus dieses Gerät auch optimal nutzen kann. Wenn das Gerät einige Tage pro Woche nicht genutzt würde, könnte z.B. eine gemeinsame Anschaffung zusammen mit einem anderen Krankenhaus erwogen werden.

Des weiteren sollte Klarheit über die Verteilung der Aufgaben und Zuständigkeiten herrschen. Mit anderen Worten: Wer erledigt welche Aufgaben und wer trägt dafür jeweils die Verantwortung? Auch sind die Einrichtungen verpflichtet, die Ergebnisse der Beratungen zwischen Leistungsanbietern, Krankenversicherungen und Patientenorganisationen in ihre Qualitätspolitik mit einfließen zu lassen. Wenn beispielsweise eine Heimleitung mit einem Bewohnerausschuß Vereinbarungen über die Sicherheit im Gebäude getroffen hat, kann davon nicht einfach abgewichen werden. Eine Vorschrift auf einer anderen Ebene ist, daß für Patienten, die 24 Stunden oder länger in einer Einrichtung verbleiben, seelsorgerischer Beistand verfügbar sein muß.

##### *3. Qualitätssicherungssystem*

Zum dritten müssen die Einrichtungen des Gesundheitswesens ein Qualitätssicherungssystem entwickeln. Grundlage eines jeden Qualitätssicherungssystems sind immer die explizit formulierten Normen, deren Erfüllung die

Einrichtung selbst für notwendig hält. Diese Normen können auch von einer Dachorganisation erstellt werden. So wurden beispielsweise im Pflegeheimsektor vom Niederländischen Verband für Heimpflege die bereits erwähnten Grundkriterien erarbeitet.

Ein Qualitätssicherungssystem ist allerdings erst dann vollständig, wenn regelmäßig geprüft wird, inwieweit die erbrachten Leistungen den formulierten Qualitätsnormen entsprechen. Diese Prüfung kann von der Einrichtung selbst, aber auch von einer anderen Organisation, beispielsweise der regionalen Inspektion für das Gesundheitswesen, durchgeführt werden. Gerade weil für die Einrichtung selbst oder eine andere Organisation nachprüfbar sein muß, ob die erbrachte Gesundheitsfürsorge den gestellten Qualitätsanforderungen entspricht, müssen die Daten über die gebotene Qualität der Gesundheitsfürsorge systematisch gesammelt und registriert werden. Nur dann läßt sich nachprüfen, ob die selbst festgesetzten Normen erfüllt werden. Auf der Grundlage dieser Prüfung kann die Einrichtung erforderlichenfalls korrigierende Maßnahmen ergreifen. Dabei kann es sich z.B. um die Anschaffung von neuen Geräten, aber auch um eine einschneidende Änderung der Organisationsstruktur handeln.

Ein Qualitätssicherungssystem umfaßt also den gesamten Prozeß von der Formulierung von Anforderungen, der regelmäßigen Sammlung von Daten bis zur Prüfung und eventuellen Korrektur der Politik. Wie ein Qualitätssicherungssystem am besten gestaltet werden kann, überläßt das Gesetz den Einrichtungen des Gesundheitswesens selbst. Ein Qualitätssicherungssystem für eine zahnärztliche Gemeinschaftspraxis wird natürlich ganz anders aussehen als eines für ein großes Krankenhaus. Bei kleinen Einrichtungen wird kein umfangreiches System benötigt; im allgemeinen wird hier eine Systematisierung der Aktivitäten ausreichen, etwa die Führung einer übersichtlichen Verwaltung mit aktuellen Akten über jeden Patienten oder Kunden.

Eines der Instrumente, mit denen Verbraucher, Versicherungen und Aufsichtsbehörden feststellen können, ob eine Einrichtung bestimmten Qualitätsanforderungen genügt, ist die Zertifizierung.

Die Zertifizierung ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Unabhängige Institute beurteilen das Qualitätssicherungssystem der Einrichtungen. Entspricht eine Einrichtung den Normen dieses Instituts, erhält sie ein Zertifikat, das ihr bei den Krankenversicherungen und Verbrauchern einen höheren Status verschaffen kann. Darüber hinaus wirkt diese Art der externen Überprüfung an sich schon qualitätsfördernd, da Schwachpunkte aufgedeckt werden.

#### 4. Jahresbericht

Zum vierten fordert das Qualitätssicherungsgesetz, daß die Einrichtungen des Gesundheitswesens jährlich einen Bericht über die Qualität ihrer Fürsorgeleistungen erstellen. In diesem Bericht legt die Einrichtung Rechenschaft über die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Qualität der erbrachten Leistungen ab. Dabei muß insbesondere darauf eingegangen werden, inwiefern die Patienten an der Qualitätssicherungspolitik beteiligt werden, wie oft und auf welche Art und Weise die Qualität beurteilt wird und wie die Einrichtung mit Beschwerden und Meldungen von Patienten und Verbrauchern umgeht. Der Bericht muß vor dem 1. Juni jeden Jahres bei der Inspektion für das Gesundheitswesen und bei der Regionalen Patienten- und Verbraucherplattform eingereicht werden. Auf die formalen Aspekte des Berichts wird im Gesetz nicht eingegangen. Die Einrichtungen können entweder einen gesonderten Bericht anfertigen oder in ihren allgemeinen Jahresbericht ein Kapitel über ihre Qualitätssicherungspolitik aufnehmen.

#### AUFSICHT UND DURCHSETZUNG

Die Inspektion für das Gesundheitswesen überwacht die Einhaltung des Qualitätssicherungsgesetzes. Auch vor dem 1. April 1996 - dem Tag, an dem das Gesetz in Kraft trat - hatte diese Inspektion bereits die Aufgabe, die Qualität der Gesundheitsfürsorge in den Niederlanden zu überwachen. Da das Qualitätssicherungsgesetz die Hauptverantwortung für eine verantwortungsbewußte Gesundheitsfürsorge den Einrichtungen selbst zuweist, wird sich die Aufsicht auf die Methode konzentrieren, mit der die Einrichtungen die eigene Qualität überwachen, gewährleisten und verbessern. Es wird also

gewissermaßen "Aufsicht aus der Distanz" praktiziert. Die Inspektion wird beispielsweise prüfen, ob das von einer Einrichtung ausgearbeitete Qualitätssicherungssystem auch den Anforderungen entspricht, die vom Gesetz vorgegeben sind.

Trotz der "Aufsicht aus der Distanz" bleibt letztlich doch der Staat für die Qualität des Gesundheitswesens in den Niederlanden verantwortlich. Daher enthält das Gesetz einige Bestimmungen zur Durchsetzung des Gesetzes. Der Minister für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport ist befugt, Einrichtungen, deren Leistungen gegenüber den Patienten unzureichend sind, eine Weisung zu erteilen. In dieser Weisung setzt der Minister eine Frist, bis zu der die gestellten Anforderungen erfüllt werden müssen. Darüber hinaus können die Inspektoren für das Gesundheitswesen den Einrichtungen die Anordnung erteilen, bestimmte Maßnahmen zu ergreifen. Dies gilt für Situationen, in denen eine ernste und direkte Gefahr für die Gesundheit der Patienten besteht. Kommt die betreffende Einrichtung der Weisung des Ministers oder der Anordnung des Inspektors nicht nach, riskiert sie die Anwendung von Zwangsmitteln oder die Auferlegung eines Zwangsgeldes. Außerdem kann der Staat durch Rechtsverordnung genauere Qualitätsanforderungen festsetzen, wenn sich herausstellt, daß die Qualität der Gesundheitsfürsorge in einem bestimmten Sektor unzureichend ist.

#### INDIVIDUELLE LEISTUNGSERBRINGER

Individuelle Leistungserbringer fallen nicht unter das Qualitätssicherungsgesetz für Einrichtungen des Gesundheitswesens. Für die Qualität ihrer Arbeit gilt das Gesetz über die Berufe in der individuellen Gesundheitsfürsorge. Dieses Gesetz und das Qualitätssicherungsgesetz decken also zusammen alle Leistungsanbieter des Gesundheitswesens ab. Sowohl individuell tätige Leistungsanbieter als auch Einrichtungen müssen verantwortungsbewußte Gesundheitsfürsorgeleistungen erbringen und bewußt auf die Qualität ihrer Leistungen achten. Der einzige Unterschied besteht darin, daß individuelle Leistungserbringer nicht verpflichtet sind, einen Jahresbericht über die Qualität ihrer Leistungen zu erstellen brauchen.

DAS QUALITÄTSSICHERUNGSGESETZ STEHT NICHT ALLEIN Die Stellung des Patienten oder Kunden im Gesundheitssektor hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Die Patienten sind mündiger geworden, und es ist ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen Patient und Leistungserbringer entstanden.

Diese Tendenz wird vom Staat unterstützt und gefördert, u.a. mit Hilfe verschiedener Gesetze, die auf eine Stärkung der Stellung der Verbraucher im Gesundheitswesen abzielen und Anforderungen an die Qualität der Gesundheitsfürsorge stellen. Obwohl die Patienten zunächst wenig von der Einführung des Qualitätssicherungsgesetzes merken werden, ist das Gesetz letztlich doch vor allem zu ihrem Vorteil. Es geht schließlich darum, daß auch in Zukunft für jeden eine qualitativ gute Gesundheitsfürsorge gewährleistet bleibt. Das obengenannte Gesetz für die Berufe in der individuellen Gesundheitsfürsorge verfolgt dasselbe Ziel.

Die verbesserte Stellung des Patienten kommt vielleicht am deutlichsten im Gesetz betreffend Verträge über medizinische Behandlungen zum Ausdruck, das am 1. April 1995 in Kraft trat. In diesem Gesetz sind verschiedene Rechte und Pflichten von Patienten und Leistungserbringern festgelegt. So haben die Patienten einen Anspruch darauf, von ihrem Arzt über die Art der Behandlung, deren Folgen und Risiken und über eventuelle Alternativen dafür aufgeklärt zu werden. Darüber hinaus ist im Gesetz geregelt, daß für die Behandlung die Zustimmung des Patienten erforderlich ist, daß der Patient Einsicht in seine Krankenakte erhalten kann und daß ein Arzt die Daten eines Patienten vertraulich zu behandeln hat. Auch diese Regeln werden der Qualität der Hilfeleistung zugute kommen.

Des weiteren trat am 1. August 1995 das Gesetz über das Beschwerderecht für Leistungsempfänger im Gesundheitssektor in Kraft. Dieses Gesetz verpflichtet die Leistungsanbieter (sowohl Einrichtungen als auch individuelle Leistungserbringer), ein einfach zu nutzendes Beschwerdeverfahren zu erarbeiten, das die Patienten und Kunden für alle Beschwerden über die erbrachten Dienstleistungen in Anspruch nehmen

können. Den Leistungsanbietern kann die Entgegennahme, Bearbeitung und Erfassung der Beschwerden als Qualitätssicherungsinstrument dienen, denn schließlich kann man aus Beanstandungen und Meldungen lernen. Im Qualitätssicherungsgesetz ist darum auch festgelegt, daß die Einrichtungen in ihrem Jahresbericht über die Qualität ihrer Leistungen auch auf die Beschwerdenabwicklung eingehen müssen.

Am 1. Juni 1996 trat das Gesetz über die Mitbestimmung der Leistungsempfänger im Gesundheitswesen in Kraft. Dieses Gesetz verpflichtet die Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Gründung eines sog. Klientenrates, einer Art Betriebsrat von Patienten und Kunden, der in vielen Punkten Empfehlungsbefugnis hat. So kann der Klientenrat beispielsweise Empfehlungen zur Haushaltsplanung, zum Jahresabschluß, zur Verpflegung, aber auch zur Qualitätssicherungspolitik der Einrichtung abgeben.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Die Qualität der Gesundheitsfürsorge in den Einrichtungen wird in einem gesonderten Gesetz geregelt: im Qualitätssicherungsgesetz für Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hauptziel des Gesetzes ist es, eine Gesundheitsfürsorge von guter Qualität zu gewährleisten, die auf jeden Fall zweckmäßig, effektiv und patientenorientiert ist und zudem auf die tatsächlichen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt ist. Kennzeichnend für das Gesetz ist, daß die primäre Verantwortung für die Qualität der Gesundheitsfürsorge bei den Leistungsanbietern liegt, und zwar unabhängig davon, auf welche Art und Weise die jeweiligen Dienstleistungen finanziert werden. Die in dem Gesetz formulierten Anforderungen geben vor, wie eine Einrichtung des Gesundheitswesens Leistungen von guter Qualität gewährleisten kann. Der Staat bleibt letztlich verantwortlich, wahrt jedoch einen gewissen Abstand.

#### QUELLEN

- Qualitätssicherungsgesetz für Einrichtungen des Gesundheitswesens, (Parlamentsdrucksache 23 633)
- Bericht über die Qualitätssicherungspolitik im Gesundheitswesen: Evaluierung 1990-1995 und Leidschendamser Vereinbarungen 1995-2000, Ausgabe des Zentralrats für die Volksgesundheit 1995

**Ministerium für Gesundheit,  
Gemeinwohl und Sport  
Generaldirektorat Gemeinwohl**

*Diesses Informationsblatt kann  
schriftlich angefordert werden:*

**Haeghepoorte,**

**mailing afdeling,**

**Postbus 16800,**

**2500 BV Den Haag**

**Die Niederlande**

**Fax ++ 31 70 - 384 41 80**

**AUS DER REIHE "INFORMATIO-  
NEN ÜBER DIE NIEDERLANDE"  
(FACT-SHEETS) SIND ZUR ZEIT**

**DIE FOLGENDEN VERÖFFENT-  
LICHUNGEN ERHÄLTlich:**

Informationen über die

Niederländische AIDS-Politik

(FS V-3-D 1992)

Kindermißhandlung

(FS V-4-D 1992)

Information über die Niederlande

Gesundheitswesen

(FS V-7-D 1993)

Arzneimittelpolitik in den

Niederlanden (FS V-8-D 1994)

Die aufsichtsbehörde für die

gesundheitsfürsorge

(FS V-10-D 1995)

Das gesetz betreffend verträge  
über medizinische behandlungen

(FS V-11-D 1995)

Die niederländische drugenpolitik  
in den nächst-en-jahren

(FS V-12-D 1995)



Table 14.11 Access-indicators

|                    | D     | NL    | GB      | USA   |
|--------------------|-------|-------|---------|-------|
|                    | in %  |       |         |       |
| Insured population | 99    | 99    | 100     | 85    |
| Coverage           | broad | broad | varying | broad |

14.3.1 Performance Indicators

**Accessibility.** In Table 14.11, access indicators are presented for Germany and the Netherlands, as well as for the benchmark countries, the United States and the United Kingdom. Only in the United States is a high percentage of the population uninsured. In the other countries, all low-income families enjoy compulsory insurance, with broad coverage of primary and secondary care, and at least adequate coverage of pharmaceuticals and long-term care.

**Quality.** Most studies use life-expectancy and mortality rates at various ages to measure health care quality. These data are shown in Table 14.12. The data provide some information on quality. The relatively high life expectancy of the elderly in the United States may be explained by the high level of care given to them. On the whole, however, these indicators do not show much variation and might therefore suggest that quality differences are minor. This conclusion is premature. The link between life-expectancy and health care is rather weak, and has been shown to depend on many other factors (see Box 14.3).

**Affordability.** The task of comparing the performance of the health care systems in Germany and the Netherlands would have been rather straightforward if data on inputs and outputs were directly available. A methodology used for comparisons of performance in manufacturing could then be used to construct total factor productivity measures and to compare the efficacy with which technologies, capital, and labour inputs were utilized in the respective countries. Observed differences in these measures, over time and across countries, could then be ascribed to differences in financing, regulation, and other institutional arrangements. Unfortunately, such detailed information does not exist. Only recently, a pilot-project has been started to collect this information; see Box 14.4. Alternatively, useful insights on affordability can also be obtained by studies that try to unravel increases in health care expenditures, such as undertaken by Cutler (1996); see Box 14.5.

**Health Care Expenditures.** Owing to the lack of reliable output measures for the health care sector we have to fall back on traditional indicators of affordability.

Challenging neighbors  
Rethinking German and Dutch  
Economic Institutions  
C.P.B.  
Springer Verlag  
Berlin 1997

21

14.3 Performance of Health Care Institutions

How do the institutions affect the performance of the health care systems in Germany and the Netherlands? To measure performance, it seems logical to measure the extent to which the systems achieve the principle goals, namely accessibility, affordability and quality. How does one measure these achievements? For access, this is relatively straightforward: simple criteria are the share of uninsured population and the width of coverage. Suitable criteria for quality are much harder to define, because the 'output' of the health care sector, namely good health, depends on many other factors. Appropriate affordability indicators also require well defined health care output measures. Consequently, for quality and affordability, one must rely on partially informative data on system inputs and throughputs.

*The data on life expectancy and infant mortality are crude indicators of health status. Health care services may be aimed at improving quality of life, rather than at prolonging life. Health also is affected by factors other than health care services, such as income, crime and violence, smoking, eating patterns, environment, socio-economic background, and genetics. Thus, '...infant mortality rates and average life expectancies [...] do not by themselves imply anything about the allocation of health care resources.'* (Aaron, 1996: 92).

*Advances in medical science and increases in the quantity of health care services, over time, significantly contribute to reductions in morbidity and mortality. Nonetheless, '...differences in health levels within or between developed countries are not primarily related to difference in the quantity or quality of medical care.'* (Fuchs, 1996: 3).

*Indeed, a prognosis of the future of public health in the Netherlands by RIVM (1993), does not limit itself to studying the role of the health care sector (care and cure). It also places particular emphasis on the salutary effects on longevity and health status of prevention policy (preventative medicine, education on effects of life style choices) and intersectoral policy (environmental and occupational hazards, transportation safety, agricultural policy).*

such as expenditures per capita or as a percentage of GDP. Table 14.13 shows health care expenditures for the comparison countries as a percentage of GDP and in 1990 purchasing power parity dollars per capita, respectively. Although precise comparisons may be clouded by statistical problems remaining in the OECD health care data, the broad picture is clear. As mentioned, the United States spends nearly 15 percent of gross domestic product on health care goods and services. Lowest is the United Kingdom share, at close to 7 percent of GDP, while the German rate is slightly higher than in the Netherlands. The United States started diverging significantly from the European countries in the early 1980s, as shown in Figure 14.1. The high expenditures in the United States occur in most categories, with an exception for pharmaceuticals, where Germany spends a larger fraction of income.

By category, the Netherlands spends more per capita than Germany on in-patient and ambulatory care, while Germany spends more on pharmaceuticals. Overall, however, Germany and the Netherlands do not vary all that much in their macro-level health care expenditures. Differences in the age structure and income may have resulted in the slightly higher levels of spending in Germany, but point towards faster increases in the coming years in the Netherlands.<sup>9</sup>

**Health Care Inputs.** Affordability also is affected by efficient utilization of health care services. Some striking differences in patterns of use may reflect provider incentives rather than medical efficacy. Some comparative data on inputs into

<sup>9</sup> In recent years, Germany has had nearly 3 percentage points more population over 65 years of age than in the Netherlands, boosting German expenditure share on health care by roughly 1 percentage point.

Table 14.12 Life-expectancy and mortality rates for 1991

|                          | D    | NL   | GB   | USA  |
|--------------------------|------|------|------|------|
| Life expectancy          |      |      |      |      |
| At birth                 |      |      |      |      |
| male                     | 73.8 | 74.6 | 74.2 | 72.3 |
| female                   | 79.3 | 80.3 | 79.5 | 79.0 |
| At age 45                |      |      |      |      |
| male                     | 34.9 | 35.7 | 35.9 | 35.5 |
| female                   | 40.6 | 41.0 | 40.6 | 40.7 |
| At age 60                |      |      |      |      |
| male                     | 18.0 | 18.1 | 18.3 | 18.9 |
| female                   | 22.4 | 22.8 | 22.4 | 22.8 |
| At age 80                |      |      |      |      |
| male                     | 6.3  | 6.2  | 6.7  | 7.2  |
| female                   | 7.8  | 8.1  | 8.6  | 9.0  |
| Other indicators (rates) |      |      |      |      |
| Infant mortality         | .6   | .5   | .6   | .8   |
| Perinatal mortality      | .6   | .8   | .9   | .8   |
| Medical complications    | 3.5  | 1.4  | 4.4  | 10.5 |

Source: OECD (1996)

health care are shown in Table 14.14.

The number of general practitioners (GPs) per capita reported in the OECD database is more than twice as high in Germany as in the Netherlands. Partly, this reflects a definitional difference: all non-hospital based physicians are labelled GPs in Germany. Even so, the rate of increase of GPs per capita in Germany outpaced that in the Netherlands during the 1980s. In the Netherlands, the GP plays a gatekeeper function in the health care system. All patients insured by the Sickness Funds must first see a GP before being referred to a specialist for further care, if deemed necessary. Because GPs receive a capitation for sickness fund patients, they may be more inclined to pass patients on to specialists than to treat them themselves. In Germany, patients can go directly to a specialist, and many specialists, especially in internal medicine, paediatrics, or gynaecology, provide primary care. Despite the incentives to pass sickness fund patients on to specialists, the gatekeeper function of the GP provides a filter for overall health care usage, and may be partly responsible for the relatively low number of specialists in the Netherlands, and the lower number of physician visits by patients.

Significant differences also appear in the number of pharmacists per capita, which is far lower in the Netherlands than in other countries. Partly, this reflects

Box 14.4 McKinsey comparison of health care productivity

McKinsey (1996) attempts to answer the question of why health care expenditures across countries vary so much while life expectancy outcomes show only small differences, by analyzing the productivity with which health care services are performed. Productivity can be measured because the study chose to analyze treatments of a few specific diseases where outcomes and inputs are relatively easily defined. McKinsey studies productivity for treatment of diabetes, cholelithiasis (gallstones), breast cancer, and lung cancer for the United States, the United Kingdom, and Germany. The study analyzes the data in an institutional framework which varies by degree of competition and degree of health care product integration.

The study finds that no country is most productive in treatment of all diseases, but that differences in spending and productivity across countries and diseases can be explained by the institutional setting of the healthcare sector. The United States has the highest expenditures not because of poor productivity, but because of high input costs and administrative costs.<sup>1</sup> The United States is more productive than Germany in all diseases, but is less productive than the United Kingdom in treatment of diabetes. The United Kingdom out-performs Germany in treatment of gallstones and lung cancer, but loses out in the treatment of breast cancer. Input usage for treatment of the diseases varied more consistently across countries and follows the pattern off aggregate input data. Germany used most resources for treatment of all the diseases, followed by the United States, while the United Kingdom struggled to get by with the lowest available resources.

McKinsey's recommendations for improving performance in health care are based on their finding that market incentives create powerful forces towards changing behaviour. As such, they suggest that policy makers should allow markets to define health care products and remove regulatory barriers for the provision of integrated care services. Further, they suggest that rapidly evolving technology is best harnessed in a system which allows experimentation and flexibility.

<sup>1</sup> Remarkably, McKinsey does not count administrative inputs as a relevant factor for productivity measurement, even though they represent nearly 25 percent of total health care costs.

the low number of prescriptions dispensed per person which is about half the German rate, and partly it reflects the high population density. Pharmacies provide a buffer stock of medicine that is rapidly accessible in time of need, and the high population density allows fewer pharmacies per person while still covering a reasonably sized geographic (travel distance) area.

14.3.2 Overall Performance Assessment

Table 14.15 shows a subjective assessment of the performance of the health care systems in Germany and the Netherlands, as well as in the United Kingdom and the United States for comparison purposes. On balance the relative performance

Table 14.13 Health care expenditures, 1993<sup>a</sup>

|                       | D                      | NL    | GB   | USA   |
|-----------------------|------------------------|-------|------|-------|
|                       | % of GDP               |       |      |       |
| Total healthcare      | 9.56                   | 8.82  | 6.88 | 14.50 |
| Public                | 7.02                   | 6.83  | 5.80 | 7.02  |
| In-patient            | 2.91                   | 4.62  | 2.95 | 6.17  |
| Ambulatory            | 2.49                   | 2.54  | ...  | 4.62  |
| Pharmaceuticals       | 1.76                   | .94   | 1.10 | 1.24  |
|                       | 1990 \$ PPP per capita |       |      |       |
| Total healthcare      | 1941                   | 1641  | 1211 | 3516  |
| Public                | 1427                   | 1274  | 1019 | 1559  |
| Pharmaceuticals       | 327                    | 175   | 186  | 291   |
| In-patient            | 540                    | 858   | 499  | 1521  |
| Ambulatory            | 463                    | 472   | ...  | 1138  |
| Hospital expenditures | 1990 \$ PPP            |       |      |       |
| In patient            |                        |       |      |       |
| Per bed day           | 265                    | 426   | 647  | 1383  |
| Per admission         | 4185                   | 14071 | 5908 | 11703 |
| Acute                 |                        |       |      |       |
| Per bed day           | ...                    | 929   | 953  | 1385  |
| Per admission         | ...                    | 8930  | 4516 | 7762  |

<sup>a</sup> Latest available year after 1991, unless noted.

Source: OECD (1996).

**Accessibility.** Accessibility no longer is an issue in most industrialized countries, the United States being a notable exception. The United Kingdom was the first of the comparison countries to provide universal coverage in 1948, with Germany and the Netherlands expanding access during the 1960s. The United Kingdom has provided health care through the NHS, with services available to the whole population. Germany and the Netherlands have a mandatory income-related insurance scheme for the majority of the population (sickness funds), with an escape hatch for wealthiest segment of the population to purchase private insurance. In the United State, less than two-thirds of the population is covered under private or employer group insurance, while an escape hatch exists for the poor and elderly to obtain government funded coverage. However, more than 15 percent of the population is without any form of health coverage.

Box 14.5 Technology and health care expenditure growth

Recently, Culyer (1996) attempted a back-of-the-envelope decomposition of the long run increases in real per capita health care expenditures. He first identified and roughly quantified the contributions of seven potential factors. The factors all were assumed to be independent of each other, so that results could be summed. The residual increase was attributed to changes in technology, and its contribution amounted to roughly half the increase in time. The table below shows the potential causes and their contributions.

Table Factors contributing to health care expenditure growth in the USA, 1940-1990

| <i>Factor</i>                 | <i>Increase due to</i> | <i>Contribution</i> |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
|                               | <i>percent</i>         |                     |
| <i>Total increase</i>         | 790                    | -                   |
| <i>Static factors</i>         | 399                    | 51                  |
| <i>Demographics</i>           | 14                     | 2                   |
| <i>Income</i>                 | 37                     | 5                   |
| <i>Spread of insurance</i>    | 100                    | 13                  |
| <i>Relative price changes</i> | 147                    | 19                  |
| <i>Administrative expense</i> | 101                    | 13                  |
| <i>Factor rents</i>           | 0                      | 0                   |
| <i>Residual</i>               | 391                    | 49                  |

Source: Culyer (1996), Table 3.

**Quality.** Comparisons are by far the hardest to make. Meaningful output measures are hard to come by, and subjective questions about a population's approval of the health care system may reflect concerns other than quality. Nonetheless, it is probably fair to say that in the United States the latest in medical procedures and technology is at the disposal of those fortunate enough to have insurance, while the uninsured may receive second-rate care. In the United Kingdom fairly rigid capacity often leads to waiting lists for non-vital treatment, causing prolonged discomfort for many patients. Further, adoption of new technology is rather slow. In Germany and the Netherlands, introduction of the very latest in technology also is slightly delayed, and its utilization kept under control. In the Netherlands, supply of care for the elderly, especially in the final stages of their lives, is conservative. On balance, however, it is unlikely that the quality of care in Germany or the Netherlands is below that in the United States on average.

**Affordability.** Affordability cuts straight to the heart(burn) of policy problems. As shown, the United Kingdom has the most affordable system, either per capita or

Table 14.14 Health care inputs, 1993<sup>a</sup>

|                          | D                      | NL                 | GB     | USA                |
|--------------------------|------------------------|--------------------|--------|--------------------|
| Health care employment   | per 100 000 population |                    |        |                    |
| Physicians               | 2851.3                 | 2366.4             | 2006.3 | 3139.5             |
| GP                       | 328.4                  | 250.5 <sup>b</sup> | 154.2  | 250.1              |
| Specialists              | 110.4                  | 43.4               | 58.6   | 22.1               |
| Pharmacists              | 181.1                  | 83.4 <sup>b</sup>  | ...    | 114.5 <sup>c</sup> |
|                          | 53.8                   | 16.1               | 59.1   | 74.6               |
| Visits per person        | number per year        |                    |        |                    |
|                          | 12.8                   | 5.7                | 5.8    | 5.9                |
| Prescriptions per person |                        | 8.0                | 9.0    | 6.5d               |

<sup>a</sup> Latest available year after 1991, unless noted. <sup>b</sup> 1990 <sup>c</sup> 1989 <sup>d</sup> 1984

Source: OECD (1996).

as a percent of income. It is also affordable for all individuals, because the system is funded through general tax revenue and therefore takes its bite out of income. In the United States, aggregate expenditures for health care have ballooned. Moreover, because insurance is generally provided through risk-rating, or community rating in the case of HMOs, low income workers find an increasingly large share of their income going to health care, and many are squeezed out of the system. In the Netherlands and Germany much effort goes into controlling the premiums and expenditures of the sickness funds as well as the quantity of health care provisions, resulting in per capita costs somewhere between the United Kingdom and the United States. However, the current direction of technological change may continue to increase the burden, regardless of the institutional changes made.

14.4 Trends

As described in Chapter 2, exogenous trends may invoke institutional adjustment because the conditions favouring certain institutional arrangements shift under influence of trends. In this section, a description will be given of relevant trends which alter the position on the trade-offs made by existing institutional arrangements. Because most of the trends are also relevant for social protection, topic of Chapter 6, discussion here will be brief. A summary of the impact of trends is given in Table 14.16.

Table 14.15 Performance Assessment

|               | D | NL | GB | USA  |
|---------------|---|----|----|------|
| Accessibility | + | +  | +  | -/+  |
| Affordability | + | +  | ++ | -/-  |
| Quality       | + | +  | -  | -/++ |

**Economic Trends.** The clearest economic trend is the continuing increase in per capita income in the Netherlands and Germany. Historically, and across countries, per capita income has been a good predictor of health care expenditures, with expenditures rising more rapidly than income. The latter feature will exacerbate political risks in a system where overall expenditures do not naturally follow customer desires. This strengthens the case for managed competition. Greater opportunities for international mobility point in the same direction. On the other hand the trend towards greater income dispersion, as a result of e.g. biased technological change, strengthens the case for national health to secure accessibility for vulnerable groups.

**Demographic Trends.** The demographic trend of an aging population puts pressure on the system through a number of channels. First, and foremost, expected expenditures are much higher for the elderly. Second, if health care financing takes place through payroll taxes, the reduction in the active/inactive ratio will reduce available funds. Political pressures resulting from the increased demand on funds will be larger under the national health system than under managed competition. On the other hand elderly people may exhibit a preference for experimentation and flexibility in health care, if it increases the pace of technological advances and their adoption. These characteristics are best provided under managed competition.

**Social Trends and Trends in Preferences.** The trends of increasing heterogeneity in society as well as less common norms and a greater preference for freedom to choose generally shift the trade-off towards managed competition.

**Technological Trends.** Information technology provides better opportunities to screen the customers, stimulating risk selection. This trend points in the direction of national health. On the other hand, faster evolution of medical technology would increase the desire for experimentation and flexibility, thus favouring managed care.

## The main theme

### A healthy lifestyle in old age

Ageing is a physiological process, and consequently quite natural, which starts at the moment of conception. The basic mechanisms of the ageing process follow the biological and genetic programme. The form and speed of ageing, as well as the life span are, to a considerable extent, co-determined by social and mental influences.

#### The biological programme does not decide everything.

Throughout life one's body will pass through certain phases that are typical for one's age. If, in these phases, one is affected by certain afflictions (eg illness), then one's biological age (which determines one's abilities and vitality) can differ greatly from one's true calendar age.

The image of older people being plagued by suffering and illness, unable to love and to care for themselves, hardly able to be of service, staggering towards the grave, is quite mistaken.

In order to get rid of this stereotype, older people must themselves play a more active role. It is up to them to confirm their right to play a role in their own health and social care. "Universal health by the year 2,000" with emphasis on basic healthcare requires the collaboration of senior citizens, who often know best what is needed and how to accomplish it.

Senior citizens can contribute in many ways. In art one often encounters masterpieces by older persons, and older sculptors or musicians are well appreciated. There are many other useful occupations too, wherein senior citizens would gladly make their mark, if they were not excluded on purpose. Governments will have to take care that they do not create situations where older people are cut off from the work they are capable of and enjoy. But perhaps the main contribution of older people is of a more human nature: they can give people something by their presence and experience. An education is not only gained at school and from books, it is the extract of a life time of experience.

Many people older than 40 wonder how to organise the second half of their life so as to keep healthy, be successful and generally enjoy life, and to reach "a ripe and healthy old

age". This problem calls for a whole range of answers, involving physical, mental and social aspects. A significant part of the solution consists of a planned healthy lifestyle. This requires a co-ordinated, health promoting attitude with the aim of gaining insights and convictions that favour good health, capabilities, vitality and quality of life. An example of this can be actively organising one's spare time.

#### Active recuperation and capacities.

Both purposeful activity as passive relaxation are part of this. Characteristic for active recuperation is that it is fun, offers companionship and develops individual capacities.

The capacity for rest can be influenced by many things, such as sleep, rest, mental distraction, sport, etc. Therefore it is important that the process of recuperation is organised effectively.

While passive recovery is marked by rest, one cannot simply equate "active recovery" with activities or with exercise. It is sooner a question of consciously planning such recuperation.

Although no general solution exists for this, the following rules – depending on one's individual situation – must be respected:

- The form of active recovery should always differ from the activity or exercise that led to the initial tiredness.
- After tiring mental work a form of mental diversion (eg theatre, music) and/or physical activity can speed up recovery, because the switch from so-called tense exhaustion to real tiredness is a requirement for proper sleep.
- The recovery process after tiring monotonous work is influenced most favourably by varied exercise (ball sports, table tennis, dancing, etc.). The manifold impressions simultaneously stimulate the central nervous system.
- Most suited after heavy muscular work in order to aid recovery are light, playful activities (gymnastics, table tennis, minigolf, etc.) and mental stimulation (reading, music, etc.), which favour a "switch" to mainly central nervous stimuli.

#### Active recovery in one's leisure time

Active recovery should not only be planned for longer periods of spare time (weekends, annual holiday, etc), but also for shorter non-working periods (breaks, evenings, etc.).

- Active recovery during one's holidays is guaranteed if effectively organised according to the previously mentioned principles, without losing an important part of

the holiday, namely spontaneity. This can make your holiday more interesting, richer and more resting. The length of the holiday is very important. For older people a holiday shorter than two weeks has only a limited recovery value. It is a fact that the significant amount of stress and excitability caused by the journey or its preparation, makes way, from the first day of real vacation, for a feeling of peace (lower pulse rate, lower blood pressure). This is followed by a counter-effect, which is characterized by increased instability. Usually, this reaction takes place sometime after the third day. A state of increased excitability may appear towards the end of first or the beginning of the second week. After this the feeling of well-being become stable.

The importance of leisure sports for "healthy ageing" is undisputed. Thanks to the regular training effect, the normal ageing processes are slowed down, so that mental and physical capacities can be maintained at higher levels for a longer period of time. Simultaneously, one's health is stabilized into extreme old age.

**In particular, the following adaptations should be taken into account:**

- Muscular and skeletal system

Increases in muscle mass are possible up to extreme old age. This increases maximum strength, improves motor control and static tension, which, among other, is reflected in a better posture. Furthermore, the elasticity and the blood supply (and consequently the biochemical processes) of the muscles are much improved.

The connective tissue, too, becomes more elastic and able to withstand heavier loads. The joints display a higher stability and a larger range of movement.

- The cardio-vascular system

Truly increased economy can be seen here, as the relative effort made for the same load decreases and physical recovery speeds up. The blood supply to the heart and the periphery is better able to adjust to varying loads.

The blood vessels stay more elastic, which counteracts the age-induced tendency to wards higher blood-pressure. Furthermore, oxygen is transported more effectively, which also favours a more economic working of heart.

- The respiratory system

The operating of the respiratory muscles improves due to increased strength of these muscles and improved mobility of the chest cage. As a result, certain often seen illnesses in extreme old age (old-age emphysema, chronic bronchitis, etc.) occur less frequently.

Overall, the gas exchange increases, which, among other, is noticeable in the enlarged vital capacity (the maximum amount of air that can be inhaled in one go) and the increased oxygen intake in comparison to untrained persons.

- The metabolism

Metabolic processes occur more efficiently, due to a swifter mobilisation of energy sources and a more rapid processing of available energy. The level of free fat and cholesterol is kept lower, which avoids dysfunctions of the fat metabolism.

- The central nervous system

Motor control improves, together with coordination and concentration. Response times fall due to improved information processing. In general, nerve-muscle coordination is more harmonious, so that even complex movements can be completed without effort.

In the vegetative nervous system a healthy balance is attained between the (ortho)sympathic and parasympathic nervous system (The sympathetic system stimulates energy release, activity and work. The parasympathic system inhibits bodily work and the metabolism, ensures the intake and storage of food, ie potential energy).

One's mental well-being is influenced favourably. This expresses itself particularly in improved relaxation of the psychophysical nervous system and the realisation of the fact that one is still capable of improving one's performance. This heightens one's self-esteem, and also leads to a noticeable gain in one's physical capacity and joy of living.

Coordination and physical condition are trained differently by various sports, so that one or the other ability is developed more strongly according to one's choice of sports activities. The training of stamina is the most important aspect from the health viewpoint.

The following sports are particularly suited to improving one's stamina: running, cycling, swimming, ice-skating, cross-country skiing and speed walking.

Of decisive importance for the quality of one's sleep is not only the length but also the depth.

- The length of the sleep period is different for each person. It is presumed that people who need little sleep are able to reach deep sleep very quickly, which has the same recovery value as eight hours for other people.
- Sleep comes in cycles. Periods of deep and shallow sleep come and go (coma-like and near-waking phases).

- Sleep dysfunctions may be caused by illness or lifestyle. When the physician has ruled out organic or mental illness as the cause, then the focus is on making use of all sleep-favouring factors. Sleeping is an active process and can be elicited by reflex. Use of sleeping tablets is inadvisable, as they do not aid in sleeping, but merely knock you out.

### Health education

The aim of health education is to contribute to

- the attaining of good mental health into extreme old age by means of suitable adjustment of one's environment,
- the best possible active adjustment to one's surroundings and the changes in one's personal life as a result of becoming older, and to maintain mental health until the end of one's days,
- the activation, maintenance or consolidation of mental compensation mechanisms in the event of psycho-physical restrictions and alterations, which definitely should not always be considered as illnesses.

From this random collection of methods to influence the ageing process alone, we intend to show that the so-called misconceptions about old age, namely:

- "Old age is biologically predetermined and nothing can be done about it."
- "Old age is a vale of tears, full of illness, loss of one's faculties and almost daily increasing infirmity. Even the progress made by modern medicine cannot change this fact of life."
- "We old people are no use to anyone. We can no longer perform our job properly, cost lots of money to the state and are a burden to the young. Society has no place for us."
- "Even if I still wanted to work: even fortyyear-olds can hardly find a job. Youth is all that counts."
- "You, just can't talk with young people today. They have a completely different set of values and standards. They think we are all old and senile. What do we know about computers and videos."

Deutscher Senioren Ring e.V.

*Prof. Dr. Jörg Schulz*

## The importance to health of exercise and sport from the viewpoint of the elderly.

### 1. The central position of health and well-being in old age

Health seems to increase in value - similarly to other goods in daily life - especially in times when it is endangered and no longer taken for granted. So it is not at all strange that health issues, particularly in old age with steadily declining physical capacities and a larger susceptibility to illness, assume a leading place among mankind's interests.

This is confirmed by a representative Allensbach market analysis in 1992. Here, however - as in the 1994 SOKO trend study, which also put health in the prime position - it becomes clear that the high price put on health in no way reflects the importance conferred on sport: contrary to health, family and nature, sport - as well as the closely related fitness area - has no more than secondary importance.

### 2. The role of health in the scope of expectations from exercise and sport in old age

In a pensioner study made in Bonn, both senior citizens who still did sport and those who were inactive were asked: "What are your expectations in relation to exercise/sport?"

Figure 1.

Firstly, this figure shows a similar order of importance, both for active pensioners (regular sport's activities in the week ends) as for inactive pensioners, in which the health-oriented expectations dominate clearly (general well-being; physical capacity and stamina; tolerance, resistance to illness). For the active pensioners they take up positions 1, 2 and 4 and for the non-active pensioners places 1, 2 and 5. Remarkable, however, is the generally highly significant difference in the frequency in which the expectations were mentioned. The active pensioners mentioned all expectations between 30% and 40% more often, so that one may quite rightly assume that the expectations of the active pensioners, who usually have been active for quite a while, are confirmed by their experiences.

The study also offered proof that the active pensioners are clearly more convinced of their own abilities, and proportional to their level of activity, resulting from the

appraisal of their own "physical abilities" and "health situation". Moreover, the difference in self-appraisal between the groups increases with age. Although these estimations are only of their own abilities, it is exactly this subjective appraisal that is of primordial importance to the feeling of well-being and impression of self-efficacy, as Neubauer (1995, 126) confirms: "In a wide series of studies it has been shown that the idea one has of one's own health (subjective health) . . . has more influence on the perceived well-being and level of activity than the objective health."

## 3. On the motivation of senior citizens for exercise and sport

In the face of a relatively large interest in sport and the substantial body of testimony proving the beneficial health effects of exercise and sport, stands the certain fact that only a small percentage of senior citizens regularly do any sport. Even if no exact values are available due to the fact that the selected groups are not representative because of the different initial parameters (eg in view of the amount and frequency of sport activity), the results do agree on one thing, namely that in the age group 50-70 the share of persons who regularly do sport (ie once a week) is clearly lower than 20% and decreases significantly with age. This percentage stabilizes at roughly 6% once over 70, ie one in every sixteen of this age group.

In the study performed in Bonn on senior citizens and sport, we tried to learn the reasons for the large discrepancy between the large verbal confirmation of the value of exercise and sport, and the actual inactivity. Besides the hardly rational arguments "no time" and "enough other hobbies", the motive "I feel quite alright without any sport" appears most frequently, slowly moving into the background for those older than 70 and gradually replaced by a large share of health reasons.

Figure 1

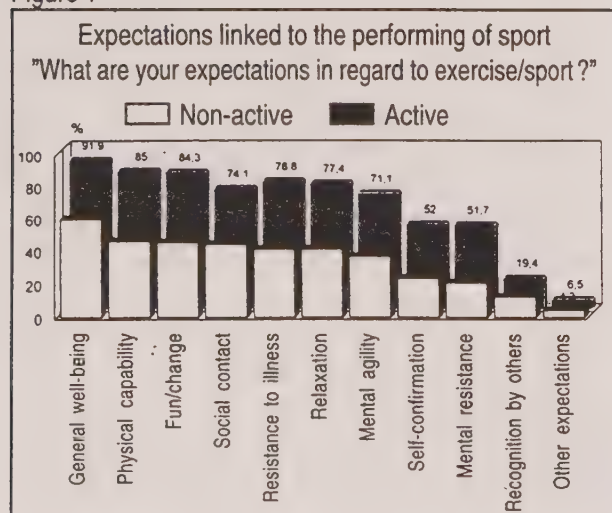
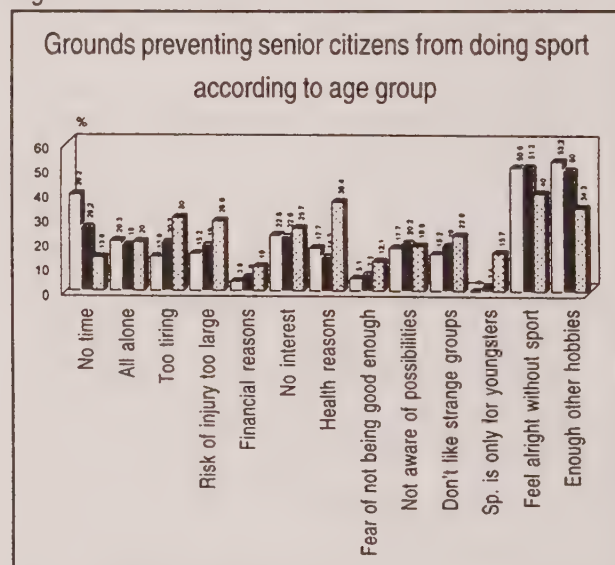


Figure 2

This switch from the idea that one does not need any sport to feel alright, to the position that one is now no longer able to do any sport - due to old age - illustrates a fundamental problem in the motivation and enthusing of older persons for exercise and sport: it must happen while at the age where most people do not consider health restrictions and fitness deficits to be severe enough, and consequently starting with sport for health reasons seems (at present) unimportant. For a generation for whom sport was a lifelong habit only in certain all too rare individuals, due to school conditions and general surroundings, it is, nonetheless, the expected health benefits that form the strongest reasons for sport or exercise. In fact, more than half the non-active persons interviewed and aged 70, state that the main condition for starting with such activities is medical advice, which they usually consider the same as a medical necessity, but also as the go-ahead for exercise. This leads to the conclusion that doctors and medical organisations would be the most valuable allies in increasing the awareness of the link between health and the suitable motivation of senior citizens. While a definitive rejection of exercise and sport is relatively seldom in this age group, more than half the over-70 year olds refuse this, and the medical recommendation has effect on no more than a third.

Figure 2.



Inst. für Sportwissenschaft und Sport Universität Bonn  
Prof. Dr. Heinz Denk-Dr. Dieter Pache

### Mental and physical fitness in old age

#### Measures that maintain independence

In the year 2020 one-fourth of the German population will consist of over 65-year olds. In certain indicative areas up to 70% of this age group make use of medication and medical services. Our health service is threatened with an economical collapse.

Medical "repair services" in old age are not the way forwards. Prevention, the application of international geriatric and nutrition research show clear paths towards maintaining social competence in old age.

Nutrition plays a central role in this. According to well-known nutrition scientists, the need for essential nutrients, ie vitamins, minerals and trace elements - contrary to the decreasing need for energy - not only continues in old age, but increases even. The discrepancy between decreased energy requirements and increased nutrient needs is the most frequent cause for symptoms such as exhaustion, weakness and lack of energy.

Special vitamin combinations, however, introduced

parenterally as an injection, can eliminate these symptoms quickly, securely and at low cost, provided they are recognised as such.

For instance, stroke patients in centres for acute geriatric treatment and rapid rehabilitation in Munich showed statistically significant improvements on several psychometric tests, after receiving eight injections over a three-week period containing Vitamin B6 + B12 + folic acid. The impressions received by the care and rehabilitation staff indicated an increased willingness of the patients to aid and undergo therapy and rehabilitation treatment.

The vitamins B6, B12 and folic acid will, in future, be seen in quite a different light. An increasing number of publications mention a new cardiovascular risk factor: homocystein.

A paper concerning the participants in the well-known FRAMINGHAM study, published in December of last year in the respected American medical journal JAMA, gives evidence that the blood serum levels of this new risk factor, ie homocystein, can be decreased with the vitamins B6, B12 and folic acid.

If these results can be confirmed in the current long-term studies, with lower rates of illness and mortality due to cardiovascular afflictions, the often criticised advocates of preventive nutrition strategies will see their ideas fully vindicated.

Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation  
der Landeshauptstadt München

Prof. Dr. Robert Heinrich

#### Borderline-Experiences

*Experience Europe through dance, theatre and photography - participants from Eastern and Western Europe and artist-teachers undertook to do just this at an unusual workshop held in Königswinter in November 1994.*

*The participants crossed over country borders and went beyond age limits, personal and national histories were compared and viewed in a new light - intensive, satisfying experiences, which especially in today's Europe are important steps to be taken if we are to live together peacefully.*

*Following the seven-day workshop was an interdisciplinary conference on work organising cultural activities for senior citizens in Europe. The conference provided a glimpse of the current status of various approaches and concepts in this area.*

*The book entitled Borderline-Experiences provides a detailed report on the workshop, with in-depth descriptions and analyses of daily instruction units in the areas of dance, theatre and photography, interviews with the people who attended the workshop and reports provided by the artist-teachers.*

*Essays providing insight on the selection of locations for activities and trends relating to the topic, country-specific approaches, pertinent information, reports on models and project descriptions make this book an important aid in the area of European work organising cultural activities for senior citizens.*

ISBN 3-920862-07-4

PROLIT Verlagsauslieferung,  
Telefax: +49-(0)641/42773  
Postfach 9, D-35461 Fernwald

### Care of teeth and dentures in old age

Part of a healthy old age is a healthy mouth: only if you can chew properly can you grind your food up small enough and avoid food-related disease. Teeth and artificial replacements help in speaking and facilitate social contacts. Clean and well cared for teeth improve one's appearance.

#### Which changes occur in one's mouth with increasing age?

In extreme old age certain illnesses appear more frequently; when one's mobility, eyesight and sensitivity are restricted one no longer notices important changes in the mouth or to dentures as easily as before.

#### Special attention should be paid to

... **Caries**, ie the destruction of the teeth by bacterial acids. These acids are caused by the fermentation of carbohydrates (sugar!) by micro organisms (bacteria) in the mouth. In old age caries appears most often at the roots, when food remains are left between the teeth and the gums have withered there. Therefore one should always brush one's teeth after each meal. If you have difficulty in holding the toothbrush properly (rheumatism, gout, result of accident, etc.), ask your dentist for suitable aids. He will also be able to tell you whether special mouthwashes or disinfectants should be used.

... **Gum disease**: the gums of nine out of ten old people are diseased. The connection between the dental pocket and the tooth is lost. Infections and gum sacks, and sometimes even pus appear. The bone atrophies, the teeth seem to become longer and looser, and eventually drop out. More teeth are lost this way in old age than due to caries.

Gum disease can be prevented by good oral hygiene. Your dentist can help by regularly removing plaque and resistant stains. Moreover, he can remove gum sacks and select a mouth rinse against infection.

... **Abrasions**: Teeth can be worn down in time. Extensive treatment is needed once they have been fully worn down. To avoid this, it is recommended to visit your dentist regularly. Sometimes it is enough to increase the resistance the enamel using fluoride pastes.

... **Loosening and dropping out of teeth**: Losing one's teeth is no unavoidable destiny. Increasing numbers of people keep their own teeth in to extreme old age. Their loss can be halted by good oral hygiene, timely recognition of gum disease and close cooperation with your dentist.

... **Dry mouth**: Your body consists to 65 % of water; to maintain a properly working metabolism you need to drink two to three litres of liquid per day. If you drink less, you will slowly dehydrate; and your mouth will become drier, too. This is dangerous because it makes it more difficult to digest and absorb food. Additionally, saliva protects against germs and defends the mucous membranes of the mouth and oesophagus. A good flow of saliva makes it easier to speak and facilitates the self-cleaning of the mouth. And last, but not least, saliva contributes significantly to the keeping of one's own teeth.

If you always have a dry mouth, it is probably because you do not drink enough. Certain forms of medication, however, decreases the saliva production (eg certain medication for the heart, sedatives or laxatives). In many cases it is possible, in consultation with your physician (or dentist), to find a different type of medication with the same medical efficacy, but which does not affect the saliva flow.

... **Changes in the mucous membrane of the mouth**: If no dentures are worn, if the teeth are severely worn down or if the jawbone has largely atrophied, the point of the chin increasingly approaches the nose. This, slowly and nearly imperceptibly, results in deep facial folds and often in sore corners of the mouth. To avoid this, one should have full dentures checked regularly, have them relined every two to three years, and have worn-down false teeth replaced in time.

In the long-term, dentures that do not fit properly lead to pressure points and severe atrophy of the bone. This is often combined with infections, particularly if tartar heaps up under the denture. Your dentist can smoothen the protruding point down before it causes further damage. Constant pressure on the mucous membrane of the mouth often leads to the formation of new tissue, usually benign, and which disappears by itself once the denture is adjusted. But in certain cases this tissue can become malignant (cancer of the mouth).

Mouth cancer can, however, have other causes. It occurs more frequently in old age than when young. If you smoke a lot, drink alcohol excessively and seldom or never clean your teeth, you are particularly at risk; it can, however, happen to anybody. If mouth cancer is recognised in time, it can be cured. To be safe, therefore, everybody over 60 should have the mucous membranes of the mouth checked every six months.

### How do I care for teeth and dentures?

A clean tooth will stay healthy. That is why it is necessary to clean one's teeth after each meal. Best of all is a toothbrush with a small head and rounded plastic brushes, together with a fluoride-containing toothpaste. If you have difficulties in holding your toothbrush, ask your dentist for tips and let him attach gripping aid. In certain cases he may advise a water pick or specific mouth washes.

Only few of the present senior citizens used to have possibilities and knowledge to care properly for their teeth and to maintain good oral hygiene. That is why only few of the present 70 year-olds still have all their own teeth: most of them depend on replacements. These are difficult to make and therefore very expensive. Consequently, those who have dentures should know how to care for them and so keep their value.

**Basic hygiene:** Rinse your dentures under running water after every main meal and brush them thoroughly once a day with (special) toothbrush and toothpaste. One should take one's time for this and, if possible, sit down while doing so. If the sink is filled with water beforehand, your dentures can fall out of your hands without risk of damage. It is important that you look at them closely when cleaning them, so - if available - always put on your reading glasses and make sure of proper lighting. You will see quite clearly where there is any remaining plaque if you examine your dentures through a magnifying glass or in magnifying mirror.

**Improved hygiene:** Once a week, soak the dentures in a 3% hydrogen peroxide solution (from the chemists) or in a chlorhexidin solution (or else in a tablet cleaning solution) after brushing them for 15 minutes. Should, despite this, any tartar remain, the dentures must then be cleaned by a professional; in no case should you try to scratch away the hard deposits yourself, particularly if these are on or near to clamps.

**Precautions:** The dentures and the mucous membrane of the mouth must be examined twice a year by your dentist. If you have difficulties in keeping the dentures clean, tell your dentist. He is familiar with the possibilities of smoothing the dentures, and thus making them easier to clean. By the way, did you know that dentures can be marked with your name? This helps prevent confusion, eg when in hospital. By following these tips and rules you will be able to keep your teeth and dentures healthy and working for a long time, thus preventing (unnecessary) costs.

Universität Gießen

Dr. Klaus-Peter Wefers

### Health in old age

It would one many hours a day if one were to follow all the guidelines that promise good health in to high old age. This sounds dispiriting, but it is not necessary if one integrates healthy behaviour into daily life, and only adds special exercise there where are deficits. Doctors say it is a question of maintain abilities and avoiding disabilities. They also go on to mention a disability cascade, meaning that "one problem leads to another". When moving becomes difficult, one hardly leaves the house. Due to the lack of exercise, the heart and circulation are not stimulated, and the brain insufficiently supplied with blood: the consequences are not difficult to guess.

Consequently, we would like to give the following tips on minimum factor training (R) as described by Dr Bernd Fischer. Health and well-being cannot be enforced by training programmes. Nonetheless, it is clear to everyone that all training has an effect and that well-trained persons, in general, are more resistant to disease than untrained persons.

#### Strength

(Strength must be kept up, for instance to carry shopping, empty dustbins and for other daily activities).

- Lift 10 x 5 kg, do not lift the weights with stretched legs, but bend your knees first.

#### Flexibility

- 10 x 4 seconds moving all joints from head to foot
- 10 x squats

#### Suppleness

- 10 x bend
- 10 x stretch
- 10 x elongate

#### Stamina

- 10 minutes quick walking
- Climb stairs without stopping

#### Speed (Speeds up reactions)

- 10 x circling arm
- 1 minute stamping feet while sitting

#### Balance

(a good sense of balance helps prevent falls)

- standing on one leg as long as possible, alternating between legs.

## The main theme

Scientists have discovered that movement affects the brain and thus activates the entire body. Moreover, moderate endurance training reduces the risk of stroke, helps keep a constant cerebral blood flow and increases mental agility.

For many people, however, the capacity of the sensory organs also decreases with age. In order to prevent this fall, we recommend following exercises:

### Eyes

- Rotating the eyes
- Walking with eyes closed

### Ears

- Telephoning with the other ear
- Do not hesitate using a hearing aid (good hearing protects pedestrians in traffic).

### Nose

- Try defining smells
- Pay attention to smells

### Tongue

- Taste something special every day
- Try to determine what ingredients were added to a dish

### Skin

- Feel the surfaces of different objects while blindfolded
- Dry-brushing the skin
- Shaking hands consciously

Scientists also offer further advice on keeping healthy

### Natural sunlight

- (exposure to light decreases nocturnal waking)
- Spend 10 min. to 1 hour in the open each day

### Social contacts

- Speak with a stranger for 10 min. each day
- Have 10 friends and keep in touch with them

### Self-esteem

- Appearance: clothes, hairstyle, personal hygiene
- Search for tasks, eg voluntary work

### Self-fulfilment

- Have 10 wishes
- Always set yourself realistic goals and set out to achieve them

### Maintaining rhythm

- Set up daily agenda
- Include health-promoting activities in daily agenda

### Quality of living, independence

- Plan 10 things ahead
- Find answers to the meaning of life
- Dare to approach new areas of interest

### Memory

- Read and retell the content
  - Watch television and retell what you have seen
  - Learn short sections by heart
- (the training effect lies in the repetition)

### Concentration

- Guessing riddles
  - Solving tests
- (can be obtained from bookshops)

Occasionally it can happen that objectively nothing is wrong, but that nonetheless nothing seems alright. One's inner harmony must be regained, too, if one has lost one's balance. Some people find this harder than others, depending on how they perceived life before. Such general evaluations of life are described as life context - lifestyle.

If you recognize yourself in one of the below categories, and are unhappy with this, you should try to work yourself into a different, better category with the help of friends or professionals. "Working on oneself" is a positive challenge, a worthwhile objective.

Hartmannbund

Merte Bosch



Foto: © Eureka Slide

## Chapter 3

Health and health care  
in The Netherlands  
De Tijdsroom, Utrecht 1977

# Prevention and Municipal Health Authorities

*H. Rengelink and A.J.P. Schrijvers*

### 1 INTRODUCTION

Historical developments over the last two hundred years must be reviewed in order to understand the responsibilities of Local Authorities in the Netherlands with respect to public health and, hence, the meaning of prevention for public health organization. This will allow the reader to comprehend why and how the current division of responsibilities has developed. After this historical review, the current situation will be described, including the legislative framework and activities specifically carried out by Local Authorities.

Since the Local Authorities possess great latitude in determining the organization of public health matters – including prevention – it is only possible to sketch the situation in broad outlines. This chapter will first show how public health activities are conducted in practice. Since new developments are already taking place, key changes will be highlighted. Finally, the chapter will be concluded with a brief view of the future.

### 2 HISTORY OF PUBLIC HEALTH

The Netherlands is one of the few countries in the world which began as a monarchy, became a Republic, and then returned to a monarchy in 1795. During the Republic, the cities each went their own way. The larger cities in the Republic had a relatively large amount of power, which they did not relinquish when the country re-adopted constitutional monarchy.

Local government took responsibility for public hygiene, rubbish disposal, care of the poor and sick, and for law and order. Care for the sick was carried out at the local level, both by the city's public servants and charities. Charities were primarily church-oriented. Health care included both medical care for pregnant women and hospital-based medicine. Many cities employed physicians, nurses, and midwives who looked after patients unable to pay for their own medical care. This form of public health care for the poor led to the development of groups of so-called *City Surgeons*, *City Doctors* and *City Midwives*. The then Local Councils were assisted in these endeavours by a Committee of Medical Supervision, which exercised little, if any, influence.

The Local Authorities Act of 1851 put the responsibility for public health squarely in the hands of local government. This piece of legislation, however,



did not effectively change anything. Many Local Authorities continued to provide medical assistance to the poor, but refrained from efforts to protect the public's health. This situation persisted in the major cities, including Amsterdam, until the major epidemics of the late nineteenth century.

Coordinated health measures were organized to deal with the prevention of and care required by epidemics. Included were services focused on personal, family, and environmental hygiene. In 1891, the first Health Care Centre was established in the Netherlands. It was headed by Professor Dr. Saltet, a hygiene specialist. Along with these activities, medical practitioners employed by the cities continued to treat the poor. In addition, they were expected to care for local government staff. Amsterdam again took the lead, in 1901, by organizing a separate medical service.

This example was adopted in 1912 and 1914 by the other major cities in the Netherlands. In the inter-war period, other Local Authorities followed suit, but not all of them. In 1923, the Health Service (originally established in 1891) and the Medical Service (set up in 1901) were merged into the new Municipal Medical and Health Care Services. The depression era of the 1930s meant that huge numbers of the unemployed joined the ranks of those patients who could not afford medical attention. At the time, there was barely any health care insurance system in place to cover these individuals. As a result, such services became a vital part of municipal health care. But, health care for the poor was not limited to treating illness. It included the professional supervision of patients being seen in hospitals and psychiatric clinics, and preventive medicine. The latter consisted of both school and environmental hygiene, as well as the treatment of possible sources of infection. Some local Health Care Services even operated their own ambulances and occupational health care centres.

During, and especially after, World War II, things changed. During the war, the Mandatory Health Care Insurance Act was passed. This provided health care insurance for everyone, thus making municipally-provided medical care for the poor redundant. In areas without these services, there were still local doctors caring for the poor. These were usually General Practitioners (GPs) working under contract to provide services on a fee-for-service needed basis. In addition to serving as advisor to the local council, these practitioners frequently performed employee medical examinations for the Local Authority. These individuals were also called upon to act as the local Chief Medical Examiner or Pathologist. Prevention, however, was virtually unknown in such places.

A period of economic restraint and budget-cutting began after World War II, and continued until 1964. Then, enormous growth took place in the health care system on the whole. Different kinds of health care provisions were developed, mainly in the hospital sector. These technologically-oriented developments required a great deal of capital, and a sizeable increase in personnel. Many new facilities were constructed. During a ten-year period, the cost of health care rose from 5% to 9% of the Gross Domestic Product (GDP), with no end to this rapid growth in sight. Consequently, the national government in The Hague became alarmed and implemented a two-track health care policy. First, brakes were put on the growth of facilities and services, with a view to decreasing overall supply. Second, greater attention was focused on prevention.

Over the past ten years, health promotion and disease prevention have been placed higher on the political agenda, both in the Netherlands and in Europe as a whole. In the Eighties, the World Health Organization (WHO) provided an important incentive for this renewed attention by promoting Health-for-All-programs and Healthy City Projects. In the Treaty of Maastricht of 1993, the member states of the European Union decided that each country was under the obligation to design an action program for health promotion and health education. Any member state not implementing such a program can subsequently be imposed with obligatory proposals set by the European Committee. In the Netherlands, prevention grew in importance due to governmental policy documents such as: 'Prevention for Public Health' (*Preventie voor de Volksgezondheid* 1992) and more recent documents as: 'Report on Health and Well-being' (*Gezond en Wel* 1995) and 'Report 2000' (*Nota 2000* 1996). Many professional associations, national institutions and research institutes have intensified their preventive activities. In response to the WHO-incentives and following its own former policy documents, the national government concluded that action in the public health arena demanded legislative backing, and then passed the Collective Public Health Prevention Act in 1991. It requires all Local Authorities to establish a local Health Care Service. By virtue of this legislation, the legal framework for public health organization was finally introduced 100 years after the first progressive steps were taken in Amsterdam. According to the law, Local Authorities are enjoined to study the health needs and problems of the local population, as well as consider all health care concerns in their deliberations. Local public health includes all aspects of infectious disease control, general hygiene, school health, public health education, and the dissemination of information on child-rearing. At present, all Local Authorities in the Netherlands offer these services through a local Health Care Service.

### 3 GOALS AND PRIORITIES IN PREVENTION ANNO 1996

The Dutch public health policy has three goals: to extend healthy life expectancy, to prevent avoidable death and to increase the quality of life. In order to achieve these goals, the national government is especially concentrating on strengthening the area of prevention. The prevention policies are part of the policies formed by the Ministry of Health, Welfare, and Sport Affairs (VWS). However, the possibilities open to prevention are not just limited to those areas for which this ministry holds prime responsibility. Cabinet policy is aimed at optimally utilizing the existing possibilities by joint efforts taken between a large number of ministries. Apart from the government, other interested parties also hold responsibilities for accountably appropriate and qualitative prevention policies. These parties include: health care insurers, care providers, support and research institutes and the patients or consumers themselves.

For the achievement of the prevention goals, four methods are available to the government and other interested parties:

- the provision of facilities for early detection or screening within the framework of programmed prevention in General Practice
  - providing health education, all communicative and educative methods aimed at the whole population, for a high-risk group or for an individual patient
  - providing guidelines, for example for the production of safe foods
  - taking intersectorial measures aimed at the determinants of health and illness.
- Since 1993, the data concerning the seriousness and extent of health problems has primarily been submitted to the committee responsible for 'Future Health Investigation', (*Volksgezondheid Toekomst Verkenning*, VTV). This committee is compiled every four years by the National Institute for Public Health and Environmental Protection (RIVM).

In Table 1, a summary of the prevalence of the ten most common diseases in the Netherlands is given. On the basis of the data from the VTV, it is expected that the most effective measures taken in prevention will be for: lung cancer, accidents, chronic aspecific respiratory affections, coronary heart diseases, strokes and infectious diseases (including AIDS and other sexually transmitted disorders).

**Table 1 Expected increase in the prevalence of ten diseases with the highest prevalence, 1990-2010; epidemiologic projections**

| disease               | 1990 prevalence | epidemiologic projections prevalence | change 1990-2010 (%) |
|-----------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------|
| arthrosis             | 773,900         | 1,045,600                            | 35.1                 |
| COPD                  | 543,300         | >666,900                             | >22.7                |
| hearing disorder      | 475,600         | 637,800                              | 34.1                 |
| constitutional eczema | 378,100         | 397,300                              | 5.1                  |
| diabetes              | 245,200         | 377,600                              | 54.0                 |
| depression            | 292,400         | 364,300                              | 24.6                 |
| heart disease         | 255,500         | <343,000                             | <34.2                |
| cataract              | 181,700         | 242,700                              | 33.6                 |
| stroke                | 147,800         | 184,900                              | 25.1                 |
| dementia              | 102,600         | 142,400                              | 38.8                 |

Source: Ruwaard et al. 1994.

In the report on Health and Well-being, the policy plans for prevention policy in the period 1995-1999 are formulated according to catchwords such as: anti-smoking policy, improving food and drink habits, encouraging physical exercise, safety, chronic illness prevention, programmed prevention in the extramural care sector, prevention in the sectors of social security and labour, and, strengthening the financial and organizational basis for prevention. At the request of the Ministry of Health, Welfare and Sport Affairs, the Council for Health Research (RGO) has this year (1996) published a report on 'Priorities for prevention research'. This report includes 34 research recommendations in the areas of health prevention. The recommendations covering prevention for mental and behavioral problems, as well as the subject of screening are extremely high on the priority list. A third topic to be included in the top priority

list is that concerning research into behaviour and communication in relation to health. In particular, this relates to research into the influence of knowledge on certain subjects such as: smoking, alcohol and drug/substance use and eating disorders, and how this affects the behaviour of people who come from the lower social and economic classes.

The implementation of all these activities is largely dependent on the Local Health Authorities, home care institutions, Regional Institutions for Ambulatory Mental Health Care (RIAGGs), health centres for drug and alcohol abuse (CADs) a large number of nationally classified institutions, local health care institutions and independently established professionals. At the end of 1996, Van de Water and Van Herten (1996) published an evaluation on preventive health policy in the Netherlands. Their conclusion is as follows: Health policy in the Netherlands seems to be headed in the right direction... The resulting policy could, however, be elaborated in more concrete terms (i.e., more quantitative and fewer qualitative terms.)

This chapter will now focus on the role of the Local Authorities. The role played by the other institutions already named will be dealt with in the chapters concerning home care (Chapter 6), mental health care (Chapter 11) and care and treatment of drug addicts (Chapter 13).

#### 4 PREVENTIVE TASKS OF LOCAL GOVERNMENT<sup>1</sup>

Prior to the enactment of the 1991 law, Local Authorities were already legally bound to perform a number of public health tasks. The Mayor, a political appointee, is mandated to carry out a number of duties in this connection. Included are the Quarantine Act, Infectious Disease Act, and Investigation of Causes of Disease Act. Traditionally, requisite action was the responsibility of the local Health Care Service, or the municipal doctor, if no such body existed. In addition to practising as GPs, these doctors took an oath to carry out their official responsibilities. Even if there is a local Health Care Service (*Gemeentelijke Gezondheidsdienst*, GGD), however, the Mayor can still appoint a local GP to fulfil these special duties. The Cadaver Act is also applicable to the local government level. Any possible death, aside from natural causes, requires a death certificate to be issued by a medical practitioner other than the attending doctor. Only doctors who have taken an oath are authorised to issue such certificates. In general, this is usually a physician member of the Health Care Service, but can just as easily be issued by these outside doctors. However, this is no longer a widespread practice: forensic medicine has developed into a much more technically demanding field, especially since it now includes the assessment of euthanasia cases, which demands extraordinary independence and skill.

Public health care is, therefore, mandated by law, to local government. The implementation of these laws is not clarified in the various statutes. While it is true that Local Authorities must have a Health Care Service, local government officers are not bound to give this municipal entity all responsibilities related to

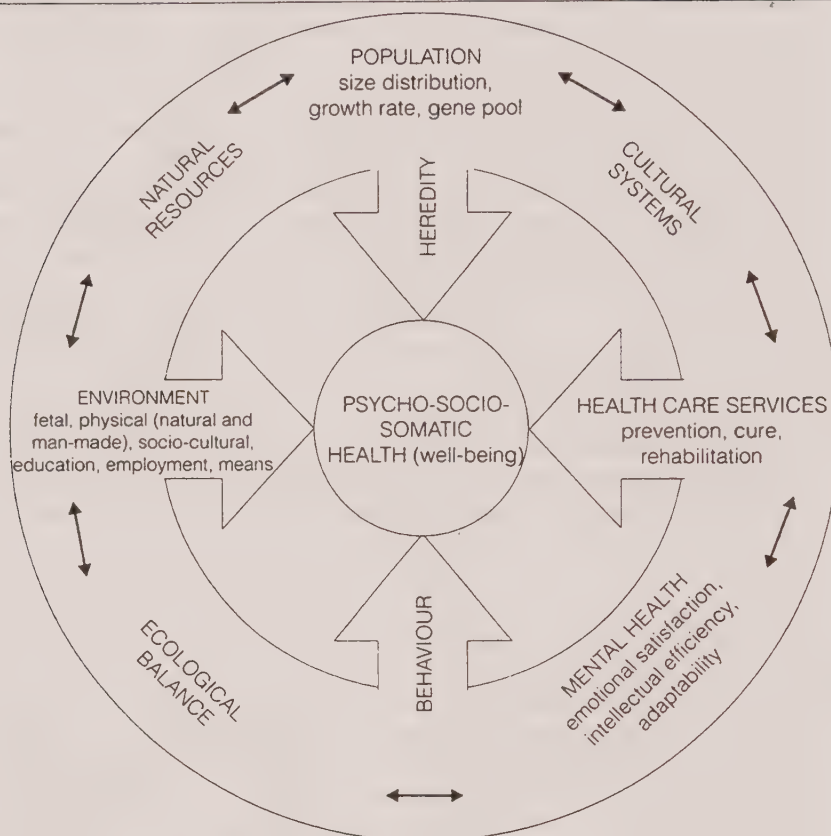


**Figure 1 Inputs to Health**  
Lalonde model (Blum 1974)

the various public health laws. While law does prescribe the disciplines which must be included in the Health Care Service, it says little about how required tasks must be accomplished. Anyhow, a new preventive paradigm and a set of definitions was introduced. The Lalonde model became the corner store of all preventive policy (Figure 1) This model distinguishes many aspects of health which are determined by four factors: heredity, environment, lifestyle and health care.

Some contemporary definitions on prevention are as follows.

*Health Promotion* concentrates on the physical and social environment as well as the lifestyle of both individuals and groups. Through influencing these determinants pertaining to health and illness, an attempt is made at improving people's health or at least keeping it to the same standard and preventing illness. One example of this is the encouragement of safe sex.

*Health Protection* includes measures which are taken in order to prevent damage to people's health. These are not necessarily measures directly involved with the citizens, for example, controls which are carried out on surface water.

*Disease Prevention* consists of measures and activities which are specifically aimed at the prevention of certain health care problems. Disease prevention is divided into three groups: primary, secondary and tertiary prevention.

Primary prevention concerns all activities which are aimed at preventing a health problem, disease or accident. An example of this is the polio vaccination programme for children.

Secondary prevention concerns activities which are aimed at detecting and treating the beginnings of a health care problem or disease e.g. early diagnostics. For example, in the Netherlands, there are screening programmes for the detection of cervical cancer.

Tertiary prevention concerns the combat of deteriorations in a health problem, disease or handicap. These activities supposedly belong to the curative care sector. One part of tertiary prevention is the prevention of complications such as retinopathy, which can occur in an advanced stage of diabetes, through the means of education programmes for patients on the subjects of food and self-care.

*Individual and collective prevention* is concerned with the individual and the category or risk-group to which that individual belongs. For example, giving individual advice on not smoking as opposed to an anti-smoking campaign. All the activities of the local health care services are indicated under the term of collective prevention. This concerns activities which are based on collective risks but can be employed either individually or collectively.

The previous discussion may have given the impression that the situation is quite simple; that is, that responsibility for all public health activities are in the hands of the Local Authority, and that the local Health Service is responsible for most of the duties. Actually, this is not so. In smaller municipalities, which do not have their own Health Care Service, this situation is almost the case. The single exception is preventive health care for toddlers up to age four; this has been entrusted by law to the Home Nursing Associations. (In Amsterdam, however, preventive care for pre-schoolers is part of the Health Care Service.) Larger cities especially, have a wide range of health care professionals and resources – including GPs, hospitals, medical specialists, special clinics for drug and alcohol abuse, and organizations specialized, for example, in treating or preventing diseases such as cancer and epilepsy – that work at the side of the local Health Care Service. National organizations also provide preventive services on a local basis. A compelling reason does not exist for any of these groups to transfer any of their activities to the Health Care Service. The only demand made of Local Authorities is that they coordinate these many activities. Organizations which operate nationally would have an impossible task if they had to harmonise local initiatives.

The nowadays Municipal Health Care Services are more heavily focused on epidemiology, policy advice, prevention, and disease surveillance. Aside from juvenile medicine and socio-medical advice, these organizations deliver few curative direct services.

It now appears that a certain convergence of duties and tasks is now taking place within the Municipal Health Care Services. The larger, more mature

services are transferring more and more of their functions to private organizations. Alternately, they are combining certain responsibilities, and putting them in a single, independent body. Examples of the latter include occupational health care, and ambulance services.

At the same time, we see increasing activity in the fields of prevention, epidemiology, health information, and early disease detection. This shift is not without political foibles, however. Since Local Authorities hold local elections every four years, politicians up for re-election must be able to point to their successes during their term of office. Unfortunately, such short-term results for prevention programmes are difficult to come by; results, if any, can take twenty years. Therefore, according to a 1995 report of the Health Care Inspectorate, local government involvement in Municipal Health Care Centres is fairly minimal. Such weak interest is translated into low levels of funding for Municipal Health Care Services. Thus, Local Authorities typically require only the bare minimum. Additional activities are left to the private sector, without the benefit of government financial support.

Two schools of thought, therefore, have simultaneously influenced recent developments in the Municipal Health Care Services. The first is the shift from a hands-on organization to a policy-support body with overall coordinating responsibility. The second reflects the 'less government is better' philosophy: that is, a move away from direct government involvement in the health care system, and toward the active participation and increasingly dominant role of private organizations, like health insurers and patient advocacy groups. It should be pointed out, however, that organizations representing patients, have little influence in such an environment. This makes market dynamics the greatest force in health care, even in the area of collective prevention. The Dutch Minister of Health is following these developments with Argus eyes, but is unable to intervene because such matters reside with the autonomous Local Authorities.

## 5 THE FUTURE

In the Netherlands of today there is a question concerning which health care problems demand immediate societal and professional attention. In the Netherlands, it is generally recognised that the most widespread problem is the unequal distribution of health care among the various socio-economic classes. The impact of this can be seen in terms of the five-year difference in total longevity between the classes, and a ten-year difference in expected healthy longevity. Preventive measures are needed to address both themes, but these must be introduced primarily in the areas of education, societal awareness, and employment. In short, prevention for the most important health problems are outside the direct influence of care providers. Because of the gap between total expected longevity and healthy expected longevity, we also see an increasing number of seniors with disabling conditions. Considering the above public health goals, emphasis must be placed on reducing the aforementioned socio-economic differences, as well as on attempting to compress morbidity in

old age – probably by influencing lifestyle. The level at which the intervention takes place is more likely to be national than local. The role of local government would be more sharply focused on reaching marginal groups, than on choosing themes. The selection of media would also favour national radio and television, rather than local newspapers.

While public health strategies demand a maximum effort of all organizations concerned, the role of the Municipal Health Care Service is still likely to shrink. Furthermore, its influence has already begun to wane.

Where should the priorities of local government and, therefore, the Municipal Health Care Services, be? At the lowest level, activities should be fine-tuned in areas such as organizational coordination, health care accessibility, communications, and consumer participation. In this way, we can ensure that preventive campaigns, nationwide if need be, do retain their effectiveness locally. This would be all the more successful if the target population recognizes the lead organization as a health care body with a hands-on approach. But, in order to achieve this, government must be much more in the picture. A future can be imagined in which public health and prevention are fields in which local governments play a dominant role – one which they staunchly defend, and is widely recognised by the public. In order to accomplish this, large Municipal Health Service organizations must take responsibility for directly providing public health care services. Perhaps, this is a nostalgic view, but it may be a pragmatic approach as well. Prevention needs to be carried out by recognized authorities in the field. Social developments seem to have jeopardised the very existence of such organizations. Nonetheless, where local government can play a clear role in prevention, it should not act like a shrinking violet. Rather, Local Authorities should find the means and develop the wherewithal to ensure the proper functioning of the Municipal Health Care Service.

#### NOTE

- 1 This paragraph is largely based on the Concept Fact Sheet on Preventive Policy for Public Health as designed by the Ministry of Health, Welfare and Sport Affairs, The Hague 1996.

#### REFERENCES

- Blum, H.L. (1974), *Planning for Health: Development and applications of social change theory*. Human Science Press, New York.
- Bosma, M.W.M. & C.M.H. Hosman/Bureau Bête (1990), *Preventie op waarde geschat; een studie naar de beïnvloedbaarheid van determinanten van psychische gezondheid*. Nijmegen.
- Ministerie van vws (1995), *Nota Gezond en Wel*. D.d. 21-03-1995. Kamerstuk 24 126, No. 1-2.
- Ministerie van vws (1992), *Notitie Preventiebeleid voor de Volksgezondheid*. D.d. 28-10-1992. Kamerstuk 22 894, No. 1.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek (1996), *Advies Prioriteiten voor Preventie-onderzoek*. April 1996. Advies No. 13.

- Ruwaard D., P.G.N. Kramers, A. van den Berg-Jeths & P.W. Achterberg (1994), *Public Health status and forecasts; the health status of the Dutch population over the period 1950-2010*. National Institute of Public Health and Environmental Protection, SDU, Den Haag.
- Schaapveld, K., E.W. Bersma, I.K.S. van Ginneken & H.P.A. van de Water (1990), *Setting priorities in prevention*. NIPG-TNO Leiden, ISBN 90 6743 183 4.
- Schaapveld, K. & R.A. Hirasing (1993), *Preventiegids: een praktisch overzicht van preventieprogramma's voor huisartsen, verloskundigen en medewerkers in de jeugdgezondheidszorg*. Van Gorcum, Assen/Maastricht.
- Water, H.P.A. van de & L.M. van Herten (1996), *Bull's eye or Achilles' heel: WHO's European Health for All targets evaluated in the Netherlands*. TNO Prevention and Health, Leiden.

## Politische Teilhabe und gesellschaftliches Engagement

Die Intentionen globaler *Altenpolitik* wurden vom Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen (ECOSOC) 1982 in Wien formuliert und im «Internationalen Aktionsplan für Altersfragen» veröffentlicht. 1991 kam die Bundesregierung der darin enthaltenen Forderung nach dem Aufbau nationaler Institutionen der Altenpolitik mit der Gründung des «Bundesministeriums für Familie und Senioren» nach. Wie die damalige Bundesministerin für Familie und Senioren, Hannelore Rösch, im Oktober 1992 in einer Rede vor der Generalversammlung der Vereinten Nationen in New York ausführte, «fühlt sich die Bundesregierung den Zielen des internationalen Aktionsplanes in besonderer Weise verpflichtet». Weiter erklärte Rösch vor dem UN-Gremium: «Gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen in der Kommune, in der Region und im nationalen wie internationalen Kontext ist eine der Säulen deutscher Altenpolitik. Altenpolitische Vorstellungen und Zielkataloge in Deutschland schlagen sich nieder in einem neu geschaffenen *Bundesaltenplan*. Dieser dient als zentrales Förderinstrument der Verwirklichung der Ziele deutscher Altenpolitik. In Ergänzung zu den Maßnahmen und Vorhaben der Kommunen und Bundesländer ist dieser Bundesaltenplan zugleich Antrieb und Wegweiser für die Altenpolitik in unserem Land. Der *Bundesaltenplan* entstand in Anlehnung an den internationalen Aktionsplan für Altersfragen.»

### Bundesaltenplan

Als Schwerpunktbereiche nennt der 1992 zum ersten Mal aufgelegte und damals lediglich mit einem Etat von fünf Millionen Mark ausgestattete *Bundesaltenplan*:

- Die Förderung von Selbstständigkeit und gesellschaftlicher Beteiligung älterer Menschen;
- die Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger Älterer vor allem im Hinblick auf den weitestgehenden Erhalt ihrer Selbstständigkeit;
- die Angleichung der Lebensverhältnisse von SeniorInnen in den alten und neuen Bundesländern;
- den Ausbau der internationalen Seniorenpolitik.

Die Mittel für das zentrale altenpolitische Förderinstrument des Bundes (→ *Altenhilfe und Altenpolitik*), mit dem unter anderem *Seniorenbüros*, Publikationen, Lehrgänge und anderes gefördert werden, sind zwar in den letzten Jahren aufgestockt worden. Doch mit 14 Millionen Mark, die im Jahr 1995 für den *Bundesaltenplan* zur Verfügung standen, stellte die Bundesregierung gerade einmal 0,0029 Prozent der Mittel aus dem Bun-

deshaushalt (1995: 477,69 Mrd. DM) zur Verwirklichung der altenpolitischen Ziele bereit.

### Altenbericht

1993 hat die Bundesregierung erstmals seit ihrem Bestehen einen Gesamtbericht über die Lage älterer Menschen vorgelegt. Dieser «*Erste Altenbericht*» der Bundesregierung liefert Impulse für bedarfsorientierte altenpolitische Maßnahmen und eine umfassende Beschreibung und Analyse der Lebenslagen älterer Menschen in Ost- und Westdeutschland. Er wurde mit Empfehlungen von Sachverständigen und einer Stellungnahme der Bundesregierung ergänzt. Der Deutsche Bundestag hat die Bundesregierung aufgefordert, den nächsten *Altenbericht* im Jahr 2000 vorzulegen.

Damit individuelles, selbstbestimmtes und anteilnehmendes Altern werden möglich ist, verweist der Bericht nicht nur auf *ehrenamtliche* Tätigkeiten, *Selbsthilfeorganisationen* und Angebote der Weiterbildung, sondern ausdrücklich auch auf den politischen Dialog der Generationen.

Nach Vorschlägen, die politische Teilhabe Älterer in Form von Mitwirkungsrechten gesetzlich zu regeln, sucht man in diesen Veröffentlichungen allerdings ebenso vergeblich, wie etwa im (Bundes-)Pflegeversicherungsgesetz oder in den *Landespflegegesetzen*. Dabei begreifen sich ältere Menschen zunehmend auch als Interessen- und Marktmachträger. Bisher ist ein begrenztes Mitwirkungsrecht von Älteren gesetzlich aber lediglich im *Heimgesetz* geregelt (→ *Heime*).

### Senioren-Organisationen der Parteien

Um den Forderungen aus den eigenen Reihen nach größeren Mitsprache- und Mitwirkungsmöglichkeiten nachzukommen und die Erfahrungen und Kenntnisse der Älteren für Partei und Gesellschaft zu nutzen, gründeten CDU und SPD eigene Organisationen für Parteimitglieder und Interessierte ab 60. Sie stehen auch Parteilosen offen.

Seit 1988 arbeitet die «Senioren-Union» der CDU. Eintreten kann, wer im Vorruhestand ist oder das Mindestalter von 60 Jahren erreicht hat. Die «Senioren-Union» versteht sich als «Anwalt und Partner der älteren Generation». Sie hat zur Zeit 54 000 Mitglieder. Auf den Bundesdelegiertenkonferenzen der CDU ist sie antragsberechtigt, und sie arbeitet eng mit den Bundes- und Landtagsfraktionen zusammen. Für die Angehörigen der CDU ergibt sich eine Mitgliedschaft nicht automatisch, sie muß beantragt werden.

Die Neustrukturierung der Seniorenarbeit innerhalb der SPD führte 1994 zur Gründung der Arbeitsgemeinschaft «SPD 60 plus». Die Inter-

Rund ums Alter  
KDA, Köln  
Verlag Beck, München, 1997

Tabelle 31: Ergebnisse der Bundestagswahl 1994 nach Alter und Geschlecht  
(Angaben in Prozent)

|              | CDU/CSU | SPD  | FDP | Grüne | PDS | Andere |
|--------------|---------|------|-----|-------|-----|--------|
| Gesamt       | 41,4    | 36,4 | 6,9 | 7,3   | 4,4 | 3,6    |
| Alter: 18-24 |         |      |     |       |     |        |
| Frauen       | 30,8    | 36,5 | 6,2 | 15,8  | 5,5 | 5,2    |
| Männer       | 35,0    | 32,7 | 6,7 | 12,9  | 4,8 | 7,9    |
| Alter: 25-34 |         |      |     |       |     |        |
| Frauen       | 29,1    | 42,5 | 4,9 | 14,2  | 5,6 | 3,7    |
| Männer       | 34,9    | 36,7 | 5,7 | 11,5  | 5,2 | 6,0    |
| Alter 35-44  |         |      |     |       |     |        |
| Frauen       | 37,6    | 35,9 | 6,4 | 12,0  | 5,1 | 3,0    |
| Männer       | 35,7    | 39,2 | 7,0 | 9,5   | 5,0 | 3,6    |
| Alter: 45-59 |         |      |     |       |     |        |
| Frauen       | 45,3    | 35,9 | 7,2 | 5,0   | 4,3 | 2,3    |
| Männer       | 44,2    | 36,4 | 8,7 | 3,9   | 3,9 | 2,9    |
| Alter: 60 +  |         |      |     |       |     |        |
| Frauen       | 52,6    | 32,2 | 7,2 | 3,2   | 2,6 | 2,2    |
| Männer       | 47,7    | 34,7 | 8,4 | 1,9   | 4,2 | 3,1    |

Quelle: Forschungsgruppe Wahlen

Seniorenvertretungen

1972 wurde in Altena in Westfalen eine der ersten *Seniorenvertretungen* gegründet. Zur Zeit gibt es nach Angaben des Bundesinnenministeriums bundesweit etwa 600 Seniorenvertretungen (Seniorenbeiräte, Seniorenräte) in Deutschland. Das ist immer noch sehr wenig. Gemessen an der Gesamtzahl von 14 950 kreisfreien Städten, Gemeinden und Landkreisen, existieren nur in vier Prozent aller Kommunen Vertretungen für Ältere.

Da es keine gesetzliche Grundlage für die ehrenamtliche politische Arbeit von Älteren gibt, die sich gegenüber Rat und Verwaltung für die Belange älterer Menschen einsetzen, entscheidet jede Kommune eigenständig darüber, ob eine *Seniorenvertretung* zugelassen wird und welche Form der Mitwirkung man ihr zugesteht. Deshalb sind Organisationsformen, Zusammensetzung, Aufgaben und Mitwirkungsmöglichkeiten der Seniorenvertretungen ebenso unterschiedlich wie ihre Ausstattung mit finanziellen Mitteln und eigenen Räumen. Während einige Kommunen den SeniorenvertreterInnen als «sachkundige Bürger» ein Anhörungsrecht und Antragsrecht gegenüber der Verwaltung zugestehen, obliegt in anderen Gemeinden sogar die Geschäftsführung der *Seniorenvertretung* der Verwaltung.

So sind die älteren EinwohnerInnen zum Beispiel im Landkreis Ol-

essenvertretung soll «Politik mit Älteren statt für Ältere gewährleisten». Jedes SPD-Mitglied ab 60 Jahren gehört automatisch dazu. Auch Jüngere können gleichberechtigt bei «SPD 60 plus» mitarbeiten. Unter dem Motto «Wir sind der Trend!» fand 1995 der erste Bundeskongress statt. Dort wurden eigene Kandidaten für die Wahl zum Bundesvorstand der SPD nominiert.

Von der FDP existieren bisher nur in einzelnen Bundesländern liberale Senioren-Initiativen, so etwa in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg. Allerdings soll auf dem Bundesparteitag der FDP im Juni 1996 auch die Gründung eines liberalen Forums für Senioren auf Bundesebene angeregt werden.

Wahlverhalten und -präferenzen

Während sich nur wenige Ältere aktiv (partei-)politisch betätigen, wächst ihre passive Einflußnahme auf die Politik. Die letzte repräsentative Wahlanalyse des Statistischen Bundesamts in Wiesbaden wurde zur Bundestagswahl 1990 erstellt. Von den Wahlberechtigten dieses Jahres waren 14,2 Millionen 60 Jahre und älter. In der Altersgruppe der 60- bis 70jährigen lag die *Wahlbeteiligung* mit 86,5 Prozent am höchsten. Durchschnittlich stimmten 76,3 Prozent aller Wahlberechtigten ab. Bei den über 70jährigen lag die Wahlbeteiligung mit 74,5 Prozent allerdings unter der in der Altersgruppe der 40 - 45jährigen, von denen sich 79,5 Prozent an der Wahl beteiligten.

Wegen verfassungsrechtlicher Bedenken wurde die repräsentative Wahlanalyse, die das Statistische Bundesamt seit 1953 erstellt hat, im Wahljahr 1994 nicht mehr durchgeführt.

Die «Forschungsgruppe Wahlen» des Mannheimer Instituts für Wahlanalysen und Gesellschaftsbeobachtung analysierte die Ergebnisse dieser Bundestagswahl anhand von Wählerbefragungen nach Alter und Geschlecht. Vergleicht man die Präferenzen für eine Partei mit der Generationszugehörigkeit aller Wahlberechtigten, ergibt sich: CDU und GRÜNE, nicht aber SPD, FDP und PDS werden eindeutig von Wählern bestimmter Altersgruppen bevorzugt. Während die GRÜNEN überwiegend von unter 40jährigen gewählt werden, wird die CDU deutlich von den über 60jährigen favorisiert. Wenn Ältere ihr Stimmverhalten gegenüber vorherigen Wahlen ändern, wechseln sie meist zwischen den etablierten Parteien. Neue Parteien werden von den Älteren bisher nur selten gewählt.

Ob und wie sich das Wahlverhalten der 70- oder 80jährigen von dem der 60jährigen unterscheidet, läßt sich aufgrund der Wahlanalysen nicht sagen. Denn bei den 16,8 Millionen wahlberechtigten BürgerInnen, die 1994 älter als 60 waren, hat die Forschungsgruppe Wahlen nicht mehr

denburg in vier von acht Gemeinden durch Seniorenräte, Seniorenbeiräte und Seniorenvorbereitungskreise vertreten. Ihnen wird aber nur das Recht zugestanden, als Ansprechpartner für die Gemeindeverwaltung und für die älteren BewohnerInnen zu fungieren.

Im Vergleich dazu hat etwa die Stadt Recklinghausen ihrem Seniorenbeirat umfangreiche Mitwirkungsmöglichkeiten eingeräumt. In allen Fragen, die das öffentliche Wohl der älteren BürgerInnen betreffen, kann der Beirat Anträge an den Rat oder die Ausschüsse einreichen. Und bei allen Entscheidungen, die für die örtliche Seniorenschaft bedeutsam sind, soll er nicht nur von den zuständigen kommunalen Organen gehört werden, sondern empfehlend oder initiativ bei allen Planungen in den Bereichen (→) *Wohnen und Wohnumfeld*, (→) *Verkehr*, *Sozialwesen*, *Kultur*, (→) *Bildung* und *Sport* mitwirken. Einklagbare Mitbestimmungsrechte hat aber auch der Seniorenbeirat aus der Ruhrgebietsstadt nicht.

Um ihre Möglichkeiten der politischen Einflußnahme zu vergrößern, haben sich die *Seniorenvertretungen* auf Landesebene zu «*Landesseniorenvertretungen*» und auf Bundesebene zu der vom Bund finanziell geförderten «*Bundesseniorenvertretung*» (Hochheim) zusammengeschlossen.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO)

Während die *Bundesseniorenvertretung* ein Zusammenschluß von SeniorenvertreterInnen ist, die in den entsprechenden politischen Gremien von Ländern und Kommunen agieren, versteht sich die 1989 gegründete «Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen» (BAGSO) als Interessengemeinschaft der älteren Generation. Die BAGSO ist ein Zusammenschluß von selbständigen Vereinigungen, die auf Bundesebene *Altenarbeit* leisten. Sie will als Forum wirken, das versucht, die Anliegen Älterer zur organisieren und in der Öffentlichkeit wirksam zu vertreten. Wichtige Ziele der – mit Mitteln aus dem *Bundesaltenplan* geförderten – BAGSO sind unter anderem: Ausbau und Förderung der freiwilligen sozialen Arbeit Älterer und der *Selbsthilfe* sowie Ausbau der Möglichkeiten zur wirksamen Mitsprache älterer Menschen in politisch-gesellschaftlich relevanten Gremien.

Der BAGSO, die in Bonn eine Geschäftsstelle mit zwei haupt- und vier ehrenamtlichen MitarbeiterInnen hat, gehören 47 bundesweit arbeitende Seniorenorganisationen, – Verbände und –Interessenvertretungen als Mitglieder an. Dazu zählen unter anderem: der Bundesseniorenausschuß der Deutschen Angestellten Gewerkschaft; die Arbeitsgemeinschaft Evangelische Krankenhaushilfe; die Bundesinteressenvertretung der Altenheimbewohner (BIVA); der Bund der Ruhestandbeamten, Rentner und Hinterbliebenen (BRH); die Bundesarbeitsgemeinschaft Katholischer Altenwerk oder die Bundesarbeitsgemeinschaft Wissensbörse (BAG-WB).

Zu den zehn mitwirkenden Organisationen der BAGSO gehören unter anderem: das Nationale Netzwerk älterer Frauen; der Deutsche Bundeswehr-Verband oder der Bund Deutscher Amateurtheater.

Ehrenamtliches Engagement

Etwa zwei Millionen BundesbürgerInnen aller Altersgruppen sind nach Einschätzung des Bundesinnenministeriums in einem *Ehrenamt* tätig. Bei den Älteren ist das soziale, kulturelle, politische, sportliche oder nachberufliche ehrenamtliche Engagement am größten. So betätigten sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 1995 22,1 Prozent der 40- bis 60jährigen ehrenamtlich. Bei den 60- bis 70jährigen belief sich die Beteiligungsquote auf 21,8 Prozent. Bei den über 70jährigen betrug sie 16,4 Prozent und lag damit immer noch um 2,2 Prozentpunkte höher als bei den 20- bis 40jährigen. In allen Altersgruppen sind die Männer deutlich weniger ehrenamtlich engagiert als die Frauen. Während zum Beispiel von den 60- bis 70jährigen Frauen 25,3 Prozent ehrenamtlich arbeiteten, waren es bei den Männern dieses Alters 19,5 Prozent.

Das Spektrum ehrenamtlicher Arbeit Älterer (→ *Generationenbeziehungen*) ist breit: Es reicht von der organisierten Kinderbetreuung für (alzheimerleidernde) Erwerbstätige durch «*Ersatzomas*», der zeitweisen Hilfe und Betreuung gleichaltriger *Pflegebedürftiger* (*Aktion Pflegepartner*), der Organisation von *Besuchsdiensten* für HeimbewohnerInnen (Senioren für andere) oder *Telefonketten* (→ *Ambulante Hilfen und Dienste*) über die Wissensvermittlung (*Zeitzeugen*) oder Expertenberatung (*Senioren-Experten-Service*) bis hin zu Handwerker- und Reparaturdiensten für Ältere (Leben nach der Berufsarbeit (→ *Ältere Arbeitnehmer und Berufsaufgabe*). Auch in zahlreichen Gremien und Vereinen, Verbänden und politischen Institutionen wirken Ältere ehrenamtlich mit (Seniorenvertreter). Darüber hinaus bringen sie für Musikgruppen, Chöre, Orchester, Theater-, Wander-, Sport- und andere Freizeit- oder Hobbygruppen viel Zeit und ehrenamtliches Engagement auf (→ *Freizeit*).

Ehrenamtlich Tätige werden aber oft noch als billiger Ersatz für professionelle Kräfte oder als Lückenbüsser für ungeliebte und unqualifizierte Tätigkeiten angesehen. Ein eigenes Profil dieser Arbeit fehlt bislang.

1994 machte die damalige Bundesinnenministerin Hannelore Rönisch den Vorschlag, ein «*Freiwilliges Soziales Jahr für Ältere*» einzuführen. Vom reinen *Ehrenamt* sollte es sich durch die freiwillige Verpflichtung auf Zeit und durch eine begrenzte finanzielle Anerkennung unterscheiden.

Im Sommer 1995 legte die «Johanniter-Unfall-Hilfe» ein Konzept zur Einrichtung eines «Seniorenjahrs» vor. Um die «Hilfsbereitschaft und Hilfsfähigkeit Älterer zu nutzen», sollen sie, nach dem Ende der Famili-

enphase oder des Erwerbslebens, besonders in den Betreuungsdiensten, die kaum körperliche Anstrengung, dafür um so mehr Lebenserfahrung erfordern, eingesetzt werden. Die Selbstverpflichtung auf ein Jahr bedeutet aber keine Festlegung auf eine 38,5-Stundenwoche. Geplant sind Teilzeitmodelle, die sich an den persönlichen Möglichkeiten der SeniorInnen orientieren. Bisher sind aber die Vorschläge der Johanniter oder des Seniorenministeriums noch nicht verwirklicht worden.

## Seniorenbüros

Das Aufzeigen und Vermitteln neuer (ehrenamtlicher) Tätigkeitsbereiche in der *nachberuflichen Lebensphase* ist Ziel der *Seniorenbüros*. Seniorenbüros sind Anlaufstellen für Ältere, die ihr Engagement und ihre Lebenserfahrung einbringen wollen. «Was die (→) *Sozialstationen* für die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Älterer bedeuten, das werden die Seniorenbüros für die aktiven und engagierten älteren Menschen werden», hieß es 1994 in einer Erklärung des Seniorenministeriums.

Ein Modellprojekt «*Seniorenbüros*» wurde vom damaligen Bundesministerium für Familie und Senioren im Oktober 1992 ins Leben gerufen. Das Ministerium unterstützt alle 43 Seniorenbüros des Projekts auch finanziell über Mittel aus dem *Bundesaltenplan*. Diese Förderung, die zunächst auf drei Jahre befristet war, kann als Überbrückungsfinanzierung nochmals um zwei Jahre erweitert werden. Die Verantwortlichen hoffen jedoch, daß sich die *Seniorenbüros* so etablieren können, daß Länder und Kommunen deren Arbeit künftig weiter finanziell honorieren. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und die Arbeit der Seniorenbüros von mehreren Instituten und Einrichtungen ausgewertet.

In den ersten beiden «Lebensjahren» der Büros nutzten rund 17 000 ältere Menschen (38 Prozent Männer und 62 Prozent Frauen) deren Angebote. 1994 und 1995 waren es 36 000 Personen. Nach Angaben des Bundespresseamtes kontaktierten 2400 Gruppen und Vereine die Anlaufstellen, in denen teilweise hauptamtliche MitarbeiterInnen (etwa Sozialarbeiter) die Aktivitäten koordinieren. Mehr als 1000 Ehrenamtliche haben so auf Anregung der Büros eigene Projekte entwickelt und umgesetzt. Die Leiterinnen und Leiter von *Seniorenbüros* gestalten diese Einrichtungen individuell. Einige Büros wurden zu Wissens-, Informations- und Kontaktbüros ausgebaut. Andere haben *Gesundheitstraining*, Sozialberatung, Bildungskurse (→ *Bildung*), Vorträge und Freizeitaktivitäten (→ *Freizeit*) ins Programm aufgenommen. Auch Services wie «Oma/Opa auf Zeit» gehören dazu, ebenso wie Schreib- und Übersetzungsaufgaben, *Besuchsdienste*, Mithilfe bei Freizeitangeboten oder handwerklichen und kulturellen Tätigkeiten.

Träger der Büros sind Kommunen, Senioreninitiativen oder Wohlfahrtsverbände. Das Frankfurter Seniorenbüro beispielsweise arbeitet

unter dem Dach eines privaten Trägers und wird finanziell wesentlich von der Kommune unterstützt. «MACH MIT», das Infoblatt des Büros, wird von einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin redaktionell betreut, die in ihrem Berufsleben verantwortlich für die Mitarbeiterzeitung ihres Arbeitgebers war. «MACH MIT» informiert unter anderem über jene gemeinnützigen Vereine und Organisationen, die ehrenamtliche Mitarbeiter suchen. Pensionäre und RentnerInnen, die sich ehrenamtlich engagieren, wollen in der Regel Aufgaben übernehmen, die eine überschaubare Zeiteinteilung und genügend Raum für die private Lebensgestaltung zulassen. Deshalb sind Verantwortliche in *Seniorenbüros* darauf bedacht, daß die ehrenamtlich Tätigen ihre Zeit selbst bestimmen. Darüber hinaus sollen sie am «Einsatzort» kompetent eingeführt werden, ihre Auslagen erstattet bekommen und Versicherungsschutz erhalten. Die Idee «Seniorenbüro» hat Anklang gefunden. Nach Angaben des Bundesseniorenministeriums haben sich bereits über 50 weitere Einrichtungen dieser Art in Städten und Gemeinden gegründet. Ende 1995 haben sie sich zur «Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros» zusammengeschlossen.

## Senior Experten Service

Während *Seniorenbüros* ausschließlich vor Ort und nicht für eine bestimmte Klientel tätig sind, vermittelt die ebenfalls durch den *Bundesaltenplan* geförderte «Bundesarbeitsgemeinschaft des Senior Experten Service» nachberufliche Tätigkeiten für qualifizierte Ältere, die Unternehmen im In- und Ausland fachspezifisch und ehrenamtlich beraten wollen. Seit der «*Senior Experten Service* (SES)» 1983 als «Ehrenamtlicher Dienst der Deutschen Wirtschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH Gemeinnützige Gesellschaft» gegründet wurde, waren 4518 Ehrenamtler in 127 Ländern der Welt tätig. Sie arbeiteten zum Beispiel als Wahlhelfer in Palästina, als Berater für die Herstellung von Zink-Anoden auf den Philippinen oder als Organisationsberater in einer ungarischen Gießerei. Im Oktober 1995 nahm der 1000. Senior Experte in den neuen Bundesländern seine Arbeit auf.

Durch die Weitergabe ihrer Berufserfahrung unterstützen Senior Experten Betriebe und Projekte, die sich keine Fachkraft zu den üblichen Marktpreisen leisten können.

Die Senior Experten erhalten die Reisekosten, Unterkunft, Verpflegung und ein Taschengeld. Nach Angaben des SES werden 80 Prozent aller Einsätze mit öffentlichen Geldern unterstützt. Das Durchschnittsalter der Experten liegt bei 65 Jahren. Expertinnen sind deutlich unterrepräsentiert: Von den 4000 Fachkräften, die Ende 1995 in den 14 bundesdeutschen Verbindungsbüros des SES registriert wurden, waren nur 4,7 Prozent weiblich.

Der SES ist Mitglied der BAGSO. Zusammen mit weiteren acht internationalen Seniorendiensten gehört er den «Senior Volunteer Advisory Services (SVAS)» an.

### Sozialverband VdK Deutschland

Mit rund einer Million Mitgliedern ist der 1950 gegründete «Sozialverband VdK Deutschland – Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner» die weltweit größte Organisation, die sich für die Belange (bundesdeutscher) Militäröpler, Versorgungsberechtigter, Behindelter und Rentner einsetzt.

Wichtigstes Ziel ist ihre soziale Sicherung sowie die berufliche und gesellschaftliche Eingliederung. Der VdK war maßgeblich an der Entwicklung des *Bundesversorgungsgesetzes* und des Sozial- und *Krankensicherungsgesetzes* beteiligt. Auch beim Aufbau des Rehabilitationswesens (→ *Prävention und Rehabilitation*) hat der Sozial- und Dienstleistungsverband eine wichtige Rolle gespielt. Der VdK hat bundesweit rund 10 000 Ortsverbände und ist Mitglied der BAGSO.

### Bund der Ruhestandsbeamten, Rentner und Hinterbliebenen

Im 1953 gegründeten «Bund der Ruhestandsbeamten, Rentner und Hinterbliebenen» (BRH) sind rund 80 000 ehemalige Angehörige des öffentlichen Dienstes und ihre Hinterbliebenen organisiert. Der BRH versteht sich als «Selbsthilfegemeinschaft älterer Menschen» und als überzeugendes Beispiel dafür, «daß auch ältere Menschen wirksame Interessenpolitik betreiben können». Er vertritt und fördert die beruflichen, rechtlichen und sozialen Belange seiner Mitglieder, und er tritt für die Mitbestimmung der älteren Generation in den sie betreffenden Angelegenheiten ein.

Der BRH ist in 16 Landesverbänden mit rund 1000 Orts- und Kreisverbänden organisiert, und er ist Mitglied der BAGSO.

### Seniorenverbund Graue Panther/Die Grauen

Als 1975 die überparteiliche Selbsthilfeorganisation «Senioren-Schutz-Bund Graue Panther» gegründet wurde, die nach eigenen Angaben inzwischen 100 000 Mitglieder hat, trat sie mit der Forderung an die Öffentlichkeit, älteren Menschen eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen und sie vor jeder Art von Entmündigung zu schützen.

Die ungewohnte «Militanz», mit der die «Panther» ihren Forderungen Gehör verschafften, betrachteten allerdings viele – auch Ältere – mit Skepsis.

Der Seniorenschutzbund hat bundesweit 300 vor Ort aktive Grup-

pen. Weil es ihm nicht nur um die Mitarbeit an bereits definierten Aufgaben geht, bleibt seine Arbeit nicht auf altenpolitische Themen beschränkt. So setzt sich der Seniorenschutzbund nicht nur für bessere Wohn- und Lebensbedingungen in den (→) *Heimen* ein, sondern zum Beispiel auch für die Herstellung ungiftiger Produkte und für eine europäische Regelung von Doppel-Staatsbürgerschaften.

Getreu dem Motto «Heute wir, morgen ihr» ist eine Mitgliedschaft im bundesweit organisierten Seniorenschutzbund und der ihm nahestehenden Partei «Die Grauen» schon mit 18 Jahren möglich. Neben einer steuerfinanzierten, bedarfsabhängigen Mindestrente fordern «Die Grauen» unter anderem Altersschutzgesetze und die Einführung einer bundesweiten «Heimpolizei», die Mißstände in Heimen sofort untersuchen und abstellen soll.

### Andere Rentner- und Senioren-Organisationen

Neben den bereits genannten, gibt es in der Bundesrepublik noch zahlreiche weitere Verbände mit unterschiedlicher politischer und weltanschaulicher Ausrichtung, die (auch) Interessen von Rentnern und Senioren vertreten: Unter anderem

- den Bund Deutscher Kriegsofopfer, Körperbehinderter und Sozialrentner e.V. (BDKK);
- den Reichsbund der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e.V.;
- den Zentralverband der Sozialrentner, der Rentner und deren Hinterbliebenen Deutschlands (ZdS) e.V.;
- den Deutschen Senioren-Ring (DSR) e.V.;
- oder die Lebensabendbewegung (LAB) AG der Landesverbände – lange aktiv bleiben.

Hanne Schweitzer





